

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES
PROFIL MÉMOIRE

PAR
CATHY DUPUIS
(DUPC11568505)

DÉVELOPPEMENT D'UN QUESTIONNAIRE FAVORISANT L'UTILISATION DU
JUGEMENT CLINIQUE CHEZ LES OBSERVATRICES PASSIVES DE LA
SIMULATION CLINIQUE HAUTE-FIDÉLITÉ : ÉTUDE DESCRIPTIVE
EXPLORATOIRE.

MAI, 2019

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Problématique : La simulation clinique haute-fidélité (SCHF) est une stratégie utilisée dans le cadre de la formation en sciences infirmières. Lors de la mise en place des scénarios cliniques utilisant la SCHF, des groupes d'étudiantes sont formés et deux rôles distincts sont attribués : le leader et les observatrices. Il est documenté que le rôle du leader est plus favorable aux étudiantes en termes d'apprentissage. De plus, le constat concernant la passivité du rôle d'observatrice est également documenté et soulève un questionnement quant à l'apprentissage pouvant être réalisé. Le but de la présente recherche est d'élaborer une stratégie d'apprentissage afin de rendre l'observatrice active au cours de la SCHF. Deux objectifs permettront la réalisation de ce but soit, le développement d'un questionnaire (objectif principal) et par la suite, la mesure de l'effet de l'utilisation de ce questionnaire sur le développement du jugement clinique des observatrices (deuxième objectif).

Méthode : Afin de réaliser ce projet de recherche, la chercheure a effectué un recrutement auprès des étudiantes inscrites au Baccalauréat en sciences infirmières à l'UQTR à l'automne 2017. Les étudiantes étaient inscrites au stage en santé communautaire (SOI-1150), cours obligatoire au volet universitaire DEC-BAC. Suite au recrutement, un échantillon de 58 étudiantes a été obtenu. La présentation du matériel a été faite aux étudiantes avant l'activité de simulation. Après avoir consenti à participer à la SCHF, les étudiantes devaient se présenter à deux demi-journées de SCHF d'une durée de trois heures trente chacune. Différents scénarios ont été expérimentés par les étudiantes. Ces

dernières devaient compléter un questionnaire tout en observant le scénario dirigé par le leader. Ces questionnaires sont la pierre angulaire de ce projet de recherche.

Résultats : La grande majorité des étudiantes ont répondu aux questions suggérées de façon tout à fait sérieuse. Elles ont participé activement à chacun des scénarios en tentant de donner une réponse la plus adéquate possible. Environ 15 % des répondantes ont eu plus de difficulté avec le respect des consignes en indiquant, par exemple, plusieurs réponses alors qu'une seule était demandée.

Conclusion : Grâce au projet de recherche, il a été possible d'objectiver le fait que les étudiantes observatrices de SCHF peuvent délaissé leur rôle d'observatrice passive en devenant active. Ceci est possible puisque les questionnaires leur permettent de réfléchir sur la situation en temps réel au même titre que la personne qui effectue la situation (leader). Par contre, d'autres recherches sont nécessaires afin d'améliorer davantage la stratégie pédagogique et d'avoir plus de données sur le rôle de l'observatrice dans le cadre de la SCHF.

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures	ix
Liste des abréviations.....	x
Remerciements.....	xi
Chapitre 1 : Problématique	1
Importance du jugement clinique en sciences infirmières	2
Simulation clinique haute-fidélité	4
Déroulement de la SCHF	5
Différents rôles dans la SCHF	6
Avantages de la SCHF	8
Défis de la SCHF pour les observatrices.....	9
Solutions pouvant remédier les défis	10
But et objectifs de recherche.....	11
Chapitre 2 : Recension	12
Bases de données	13
Simulation	15
Déroulement et étapes de la SCHF	17
Utilisation de la SCHF en enseignement	19
Différents rôles de la SCHF : observatrice et leader.....	21
Stratégie pour améliorer l'apprentissage des observatrices	22
Jugement clinique	28
Stratégie pédagogique favorisant le développement du jugement clinique	29
Cadre de référence	30
Chapitre 3 : Méthodologie de recherche	35
Devis de recherche	36
Milieu de recherche.....	37
Population à l'étude	37

Table des matières

Échantillonnage.....	37
Critères d'inclusion et d'exclusion.....	38
Définitions opérationnelles des concepts	38
Conception de scénarios servant à l'élaboration des instruments de mesure.....	39
Instruments de mesure	40
Déroulement de l'étude	42
Considérations éthiques	44
Avantages, limites (biais) de l'étude	45
Plan d'analyse	46
Retombées attendues.....	46
Chapitre 4 : Résultats	48
Chapitre 5 : Discussion	83
Présentation de la question 1 (scénarios 1 à 6)	84
Présentation des questions dirigées 2 et 3 (scénarios 1 à 6).....	88
Présentation de la question 4 (scénarios 1 à 6)	99
Présentation de la question 5 (scénarios 1 à 6)	101
Limites du projet de recherche.....	103
Conclusion	105
Références	109
Appendice A	116
Instrument de mesure (questionnaires)	117
Appendice B.....	131
Consentements de non divulgation pour les participantes et les patients simulés	132
Appendice C.....	137
Certificat d'éthique de la recherche avec des êtres humains	138

Table des matières

Appendice D.....	139
Demande de certification éthique.....	140
Appendice E	141
Codification utilisée pour la question 4 et 5 de tous les scénarios	142

Liste des tableaux

Tableau

1	Bases de données consultées pour effectuer la recension des écrits	14
2	Protocole de recherche	16
3	Résumé du déroulement de l'étude	42
4	Résultats obtenus à la question 1 des scénarios 1 à 6.....	50
5	Résultats obtenus à la question 2 du scénario de la brûlure	53
6	Résultats obtenus à la question 2 du scénario du choc anaphylactique ...	54
7	Fréquence et proportion des signes et symptômes obtenus pour la question 2 du scénario du choc cardiogénique.....	55
8	Fréquence et proportion des signes et symptômes obtenus pour la question 2 du scénario du choc hypovolémique	56
9	Priorisation en lien avec le protocole de l'urgence suicidaire. Réponses obtenues pour la question 2 du scénario de l'urgence suicidaire	57
10	Priorisation en lien avec le protocole post-chute. Réponses obtenues pour la question 2 du scénario de l'intoxication accidentelle avec de la médication	58
11	Fréquence et proportion des diagnostics infirmiers obtenus pour la question 3 du scénario de la brûlure.....	59
12	Fréquence et proportion des signes et symptômes obtenus pour la question 3 du scénario du choc anaphylactique	60
13	Priorisation en lien avec le protocole pour un arrêt cardiorespiratoire chez un adulte. Réponses obtenues pour la question 3 du scénario du choc cardiogénique	61
14	Priorisation en lien avec la présence d'un saignement actif chez un adulte. Réponses obtenues pour la question 3 du scénario du choc hypovolémique	62
15	Priorisation en lien avec une urgence suicidaire chez un adulte. Réponse obtenue pour la question 3 du scénario de l'urgence suicidaire	62
16	Fréquence et proportion des diagnostics infirmiers pouvant expliquer la diminution de l'état général du patient. Réponses obtenues pour la question 3 du scénario de l'intoxication accidentelle avec de la médication.....	63

Liste des tableaux

Tableau

17	Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 4 du scénario de la brûlure.....	65
18	Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 4 du scénario du choc anaphylactique	67
19	Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 4 du scénario du choc cardiogénique	69
20	Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 4 du scénario du choc hypovolémique	71
21	Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 4 du scénario de l'urgence suicidaire	73
22	Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 4 du scénario de l'intoxication accidentelle avec de la médication	74
23	Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 5 du scénario de la brûlure	77
24	Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 5 du scénario du choc anaphylactique	78
25	Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 5 du scénario du choc cardiogénique	79
26	Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 5 du scénario du choc hypovolémique	80
27	Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 5 du scénario de l'urgence suicidaire	81
28	Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 5 du scénario de l'intoxication accidentelle avec de la médication	82
29	Fréquence et proportion relatives au taux de participation des répondantes pour la question 4 des scénarios 1 à 6	100
30	Fréquence et proportion relatives au taux de participation des répondantes pour la question 5 des scénarios 1 à 6	102

Liste des figures

Figure

- I Les diverses influences et procédures utilisées afin de réduire le comportement défensif de la personne (Bandura, 1980).....31

Liste des abréviations

SCHF	Simulation clinique haute-fidélité
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières.
DRS	Douleur rétrosternale
AVD	Activité de la vie domestique
AVQ	Activité de la vie quotidienne
ASI	Assistante en soins infirmiers
OIIQ	Ordre des infirmiers et infirmières du Québec
MX	Médicament

Remerciements

L'apprentissage de la recherche s'effectue grâce à une co-construction avec la directrice que l'on choisit pour bâtir et mener à terme notre projet. Ce choix doit être réfléchi, car une étroite collaboration est de mise. De ce fait, j'aimerais remercier, en premier lieu, ma directrice Liette St-Pierre. Cette grande dame est une passionnée qui sait comment transmettre sa joie de vivre et son inspiration. Elle a su, également, tout au long de mon parcours de maîtrise, m'écouter lorsque je trouvais plus difficile mon parcours. Les mots me manquent afin de donner une description conforme à l'ampleur de sa personne. Sa motivation est contagieuse et son soutien est sincère.

Par la suite, j'aimerais remercier une partenaire de recherche inestimable, puisqu'elle a, sans le vouloir, grandement influencé mon parcours. Actuellement, candidate au Doctorat en psychologie, Émilie Gosselin est une partenaire ayant un grand sens de l'organisation. Elle a su également me donner de judicieux conseils afin que je puisse cheminer dans le milieu universitaire.

J'aimerais également remercier mon conjoint Éric Cantin et ma fille Yasmine, pour leur écoute et leur soutien, tout au long de ce parcours nécessitant rigueur et détermination. Leur soutien a contribué fortement à la motivation nécessaire afin de continuer jour après jour. À ceux-ci s'ajoutent tous les membres de ma famille proche m'ayant offert un soutien quelconque.

Finalement, j'aimerais remercier mes amies, Lydia Villemure, Marie-Pier Boucher, Natacha Béliveau et Sheena Murray pour leur écoute, malgré le fait qu'elles avaient une incompréhension de l'envergure d'un projet de maîtrise, mais elles m'ont tout de même encouragé à poursuivre mon projet de recherche.

Chapitre 1 : Problématique

Le chapitre qui suit porte sur la problématique à l'étude. Il comprend huit sections. La première expose un concept important à développer chez les futures infirmières, le jugement clinique. La deuxième section présente brièvement de la simulation clinique haute-fidélité (SCHF) et le déroulement général de la SCHF est expliqué dans la troisième section. Les avantages de l'utilisation de cette méthode d'enseignement en sciences infirmières font l'objet de la quatrième section. Par la suite, les rôles joués par les participantes lors de la SCHF de même que les nombreux défis quant à l'apprentissage des observatrices de la SCHF sont expliqués. Les solutions possibles à envisager afin de pouvoir remédier à ces défis sont ensuite explorés. Enfin, la dernière section porte sur le but et les objectifs de la recherche.

Importance du jugement clinique en sciences infirmières

La profession infirmière exige des compétences qui sont décrites de façon détaillée dans la *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière* (OIIQ, 2009a). Bien qu'il s'agisse d'un document qui fait ressortir les compétences initiales de l'infirmière, il y est mentionné que le domaine de la compétence professionnelle englobe des situations cliniques qui sont de plus en plus complexes. Ainsi, il est important que la formation offerte aux futures infirmières tienne compte de cette complexité. À ce titre, les habiletés intellectuelles de l'étudiante doivent être développées pour qu'elle puisse être en mesure de recourir aux différentes étapes de la démarche de soins afin de résoudre des problèmes infirmiers qui lui permettront de pouvoir poser un jugement clinique adéquat (Benner, 1995; OIIQ, 2009b; Potter, 2016). Cette capacité à résoudre des situations problématiques

et à prendre des décisions pertinentes sont aussi essentielles afin d'offrir des soins et des services de santé de qualité.

La faculté de juger adéquatement les diverses situations de soins doit être enseignée aux étudiantes. Le jugement clinique est exécuté, par les étudiantes, de façon consciente et suivant une structure mentale logique en constante évolution (Benner, 1995; Dallaire, 2019; Potter, 2016). Tout au long de la formation des étudiantes en soins infirmiers, celles-ci sont incitées à développer une approche réflexive qui leur permet de développer et d'améliorer leur jugement clinique. Naturellement, plusieurs stratégies pédagogiques utilisées tout au long de la formation ont pour but de permettre aux étudiantes d'acquérir ce jugement. De ce fait, les connaissances théoriques, habiletés techniques, la formation pratique (stages) sont intégrées à la formation et ont pour but de former des étudiantes compétentes qui sauront répondre aux besoins de la clientèle. Les différents savoirs infirmiers (savoir-être, savoir-faire, savoirs, savoir-agir) permettent à l'étudiante de procéder à une analyse réflexive qui l'amène ensuite à pouvoir exercer un jugement clinique fiable (Benner, 1995; Dallaire, 2019; Tracy, & O'Grady, 2019). Le jugement clinique est un processus de résolution de problèmes qui nécessite de l'observation, de la réflexion et du raisonnement dans le but de poser un diagnostic infirmier permettant de choisir les interventions infirmières requises pour résoudre ce problème (Benner, 1995; Phaneuf, 2008; Potter, 2016).

Simulation clinique haute-fidélité

Diverses stratégies pédagogiques visent l'acquisition du jugement clinique dont, les études cas, les stages, les pratiques en laboratoire, la réalité virtuelle, la SCHF (CIFL, 2013; Foisy-Doll, & Leighton, 2018; Hayden, Smiley, Alexander, Kardong-Edgren, & Jeffries, 2014; Palaganas, Maxworthy, Epps, & Mancini, 2015). Dans cette étude, la SCHF sera la stratégie pédagogique privilégiée puisqu'elle a démontré de nombreux effets positifs sur la formation des infirmières ainsi que sur le développement du jugement clinique des étudiantes qui participent aux différents scénarios (Hayden, Smiley, Alexander, Kardong-Edgren, & Jeffries, 2014).

La SCHF se définit comme étant une activité pédagogique se déroulant en trois étapes distinctes soit, le briefing, la simulation et le débriefing (Bong et al., 2017; Curl, Smith, Ann Chisholm, McGee, & Das, 2016; Ertmer et al., 2010; Levett-Jones et al., 2015). Ces trois étapes sont la pierre angulaire de la SCHF car elles assurent la consolidation du contexte théorique au contexte pratique lors du processus d'apprentissage des étudiantes (Jeffries, 2016; Lavoie, Pepin, & Boyer, 2013; Palaganas et al., 2015). De plus, la SCHF se déroule dans un environnement contrôlé et propice à l'apprentissage (CIFL, 2013; Harder et al., 2013; INACSL, 2016f; INACSL, 2016g; Lai et al., 2016; Palaganas et al., 2015) ainsi que dans un environnement donnant droit à l'erreur, ce qui permet aux étudiantes d'apprendre concrètement sans toutefois être préjudiciable pour le patient (Delmas, & St-Pierre, 2012; Jeffries, 2016; Palaganas et al., 2015).

Déroulement de la SCHF

Le déroulement de la SCHF se fait de différentes façons allant d'une participation individuelle, à un travail en groupe (entre deux et six étudiantes) ou en équipe interdisciplinaire (Jeffries, 2016; Kaplan, Abraham, & Gary, 2012; Lavoie, Cosette, & Pepin, 2016; Thidemann & Söderhamn, 2013). Lors du déroulement de la SCHF, la première étape est le briefing et elle consiste à préparer les étudiantes à la situation clinique. Lors de cette étape, les étudiantes reçoivent les informations essentielles sur le scénario simulé qu'elles auront à compléter. Ces informations portent sur la mise en contexte, les instructions spécifiques s'il y a lieu, les directives visant le bon déroulement du scénario, une discussion du cas et la consultation du dossier du patient simulé qui comprend entre autres la médication, les traitements et les signes vitaux (Bong et al., 2017; Lavoie et al., 2013; Lopreiato, Downing, Gammon, Lioce, Sittner, Slot, & Spain, 2016). La deuxième étape est celle où se déroule le scénario clinique simulé. Cette étape peut être réalisée à l'aide d'un mannequin ou d'un patient simulé et elle est effectuée par le leader de l'équipe (Bong et al., 2017; Jeffries, 2016; Palaganas et al., 2015). Finalement, la troisième étape est celle du débriefing qui suit immédiatement la simulation clinique et elle est reconnue pour être la plus importante du processus d'apprentissage (Bong et al., 2017; Foisy-Doll, & Leighton, 2018; INACSL, 2016a; Jeffries, 2016; Jeffries & Rizzola, 2006; Palaganas et al., 2015). En effet, c'est lors de cette étape que le retour sur l'expérience vécue au cours du scénario simulé des étudiantes est effectué. Cette rétroaction favorise l'assimilation des connaissances et des compétences en lien avec le scénario et elle permet aussi l'adaptation des étudiantes quant au déroulement concernant

les futures situations simulées (Foisy-Doll, & Leighton, 2018; INACSL, 2016a; Jeffries, 2016).

Différents rôles dans la SCHF

Habituellement, lors de scénarios développés en SCHF, deux rôles distincts sont définis : celui de leader et celui de l'observatrice. Le rôle de leader est attribué à l'étudiante qui est l'infirmière responsable du patient simulé et qui joue un rôle actif dans la situation. Celle ayant le rôle de leader au cours de la SCHF applique plus facilement les connaissances théoriques acquises, puisqu'elle fait référence à ses savoirs pour être en action dans le déroulement de la SCHF (Foisy-Doll, & Leighton, 2018; Jeffries, 2016; Lavoie et al., 2013). Le rôle d'observatrice, quant à lui, est plus passif et est attribué aux étudiantes qui regardent ce qui se déroule en SCHF (Levett-Jones et al., 2015; Newberry, 2014; O'Regan et al., 2016; Reime et al., 2017; Stegmann et al., 2012).

Les étudiantes qui jouent le rôle d'observatrice se trouvent en général dans une pièce connexe de l'endroit où se tient le scénario en SCHF. Les observatrices regardent la simulation se dérouler observant ainsi l'interaction avec le patient, les différents gestes, techniques et protocoles utilisés par le leader tout au long du scénario. Il est parfois possible que le leader reçoive de l'aide de ses collègues observatrices qui ont alors un rôle connexe dans la SCHF. Habituellement, une seule observatrice sera demandée pour jouer un rôle précis (membre de l'équipe, membre de la famille, préposé aux bénéficiaires) pour le bon déroulement du scénario. L'observatrice désignée se trouve alors dans la même

pièce que le leader et elle peut lui venir en aide tout au long de la situation (Kaplan et al., 2012; Thidemann & Söderhamn, 2013). En général, dans les équipes formées pour vivre des scénarios en SCHF, chaque étudiante joue le rôle de leader à tour de rôle (INACSL, 2016d; Lai et al., 2016; Newberry, 2014). Elle occupe le rôle d'observatrice lors des scénarios qui sont effectués par ses coéquipières. Ainsi, durant la SCHF : deux rôles différents sont attribués aux participants (leader et observatrice), et ce, pour une même situation, donnant alors deux perspectives différentes d'un même scénario.

Pour les étudiantes ayant le rôle d'observatrice passive, certains auteurs constatent que le fait d'exposer les éléments importants de la situation lors de la période de briefing permet de faciliter leur apprentissage par observation (Kaplan, et al., 2012; Krogh et al., 2014; Stegmann, Pilz, Siebeck, & Fischer, 2012). De plus, l'exposition à ces éléments importants améliore la qualité des commentaires des étudiantes pouvant être amenés au cours de la période du débriefing tout en facilitant leur attention et leur engagement envers la SCHF (Kaplan, et al., 2012; Krogh et al., 2014; Stegmann et al., 2012). Selon Berragan (2011), les étudiantes intègrent mieux les connaissances en exécutant une tâche, c'est-à-dire par l'apprentissage actif qui concerne le leader de la situation clinique. Il semble possible de croire que pour rendre les observatrices actives dans leur rôle, elles devraient être amenées à exécuter une tâche qui leur permettrait de réfléchir comme le leader qui est dans l'action de la situation. Par exemple, l'exécution d'une tâche peut être considérée comme le fait de répondre à un questionnaire en lien avec la situation observée (Fortin & Gagnon, 2016).

Avantages de la SCHF

Dans l'enseignement en sciences infirmières, les avantages de l'utilisation de la SCHF pour les étudiantes sont nombreux entre autres, le renforcement des habiletés cliniques, un meilleur travail d'équipe, une meilleure capacité de communication avec les différents professionnels, des interventions en cas d'urgence plus ciblées, un meilleur leadership, une amélioration de la prise de décision, un perfectionnement des connaissances théoriques et des compétences en lien avec la situation, une augmentation de la confiance en soi et le développement du jugement clinique (Delmas, & St-Pierre, 2012; Dilley et al., 2015; Ertmer et al., 2016; Foisy-Doll, & Leighton, 2018; INACSL, 2016b; INACSL, 2016c; INACSL, 2016g; Lavoie & al., 2016; Thidemann & Söderhamn, 2013; Stegmann et al., 2012).

Les études en sciences infirmières et en médecine, qui présentent ces résultats, ont été faites auprès des étudiantes qui jouent le rôle de leader lors des scénarios de SCHF. Dilley et al. (2015) font ressortir que le rôle de leader est propice pour l'apprentissage, mais ils se questionnent sur les effets de la SCHF lorsque les étudiantes observent passivement la situation. La SCHF est une stratégie pédagogique très utilisée qui permet aux étudiantes de réfléchir. Cette réflexion est essentielle, pour les étudiantes puisqu'elle favorise aussi le développement des compétences techniques, communicationnelles et professionnelles (Brannan, White & Bezanson, 2008; Delmas & St-Pierre 2012; Foisy-Doll, & Leighton, 2018; Jeffries, 2016; INACSL, 2016a; INACSL, 2016g; Palaganas et al., 2015; Nestel & Bearman, 2015).

Défis de la SCHF pour les observatrices

Il est reconnu que dans l'application pédagogique de la SCHF les étudiantes passent beaucoup plus de temps à être observatrices que leaders (Jeffries, 2016; O'Regan et al., 2016). Par conséquent, de plus en plus d'auteurs s'intéressent au rôle d'observatrice documenté comme étant passif (Bethards, 2014; Bong et al., 2017; Dilley et al., 2015; Harder, Ross, & Paul, 2013; Jeffries & Rizzola, 2006; Kaplan et al., 2012; O'Regan, Molloy, Watterson, & Nestel, 2016). De plus, Harder et al. (2013) constatent que l'apprentissage est moindre chez les étudiantes observatrices, en raison entre autres de la méconnaissance de l'implication qu'elles peuvent avoir lorsqu'elles ne sont pas le leader de la SCHF et du manque d'intérêt quant à l'atteinte des objectifs d'apprentissage en lien avec le scénario.

Des défis émergent en lien avec l'apprentissage des observatrices lors de scénarios en SCHF. Le premier défi consiste à bien expliquer aux étudiantes les objectifs d'apprentissage en lien avec le rôle d'observatrice, puisque celles-ci ont l'impression d'être passives et de ne rien avoir à apprendre en plus de ne pas apprécier être assignées à ce rôle (Bethards, 2014). Par la suite, le deuxième défi est de maintenir l'intérêt des observatrices au cours de la situation afin qu'elles demeurent engagées tout au long du scénario (Dilley et al., 2015; Levett-Jones et al., 2015). De plus, selon Bethards (2014), il arrive parfois que les étudiantes soient inattentives aux différents événements pouvant être observés dans le scénario, ce qui ne favorise aucunement l'apprentissage et l'intégration des connaissances et des compétences en lien avec la SCHF.

Il devient important de réfléchir à la manière d'améliorer l'apprentissage des observatrices passives de scénarios en SCHF. Il peut être intéressant d'envisager, dans la formation de futur groupe en SCHF, une diminution des étudiantes formant l'équipe, ce qui ferait en sorte que celles-ci seraient plus souvent leaders, donc moins souvent attirées au rôle d'observatrice. Il semble qu'il pourrait aussi être intéressant de tenter de trouver des moyens de faire passer le rôle d'observatrice passive à un niveau plus actif, et ce, dans le but de favoriser les apprentissages chez les étudiantes.

Solutions pouvant remédier les défis

Puisque les étudiantes ne peuvent pas toutes jouer le rôle de leader simultanément, la réflexion concernant une approche permettant d'optimiser l'apprentissage des observatrices est de mise. Les chercheurs O'Regan et al. (2016) ont évalué les effets de l'utilisation d'un outil ayant pour but de cibler les objectifs d'apprentissage relatifs à la situation observée. Une amélioration de l'engagement des observatrices tout au long du scénario de même que le développement de leur jugement clinique ont été notés par ces chercheurs qui ont fait le constat que d'autres études doivent être menées afin de solidifier davantage les résultats préliminaires obtenus dans leur étude.

De cette réflexion émerge la possibilité d'élaborer un outil pédagogique, sous forme de questionnaire, favorisant l'implication des étudiantes observatrices lors d'un scénario simulé tel que quelques chercheurs ont utilisé pour un projet auprès

d'observateurs de la SCHF (Dilley et al., 2016; Kaplan et al., 2012; Lai et al., 2016; Lavoie et al., 2016; Thindemann & Söderhamn, 2013). Le développement du questionnaire constitue le projet proposé dans le cadre de cette recherche. Puisque l'utilisation de la SCHF en remplacement de certaines heures de stage est utilisée dans certains milieux d'enseignement, une amélioration de cette stratégie doit être envisagée (St-Pierre & Leblanc, 2017). Cette amélioration a pour but de potentialiser l'utilisation de la SCHF en balisant ce type d'approche afin que toutes les étudiantes, qu'elles soient leader ou observatrice, retirent un bénéfice au niveau de leur apprentissage.

But et objectifs de recherche

Le but de la présente recherche est d'élaborer une stratégie d'apprentissage permettant de rendre le rôle d'observatrice de la SCHF plus actif. L'objectif principal est de développer un questionnaire favorisant l'implication active des observatrices tout au long des scénarios en SCHF. L'objectif secondaire vise à mesurer l'effet de l'utilisation du questionnaire sur le développement du jugement clinique des observatrices.

Chapitre 2 : Recension

Le présent chapitre porte sur la recension des écrits. Il comprend neuf sections. La première porte sur les bases de données ayant été consultées afin de réaliser ce projet. La seconde section traite de la simulation en y donnant la définition de la SCHF et du patient standardisé, puisque c'est le type de patient utilisé dans cette recherche. Par la suite, le déroulement ainsi que les étapes de la SCHF sont exposés. Ensuite, l'utilisation de la SCHF en enseignement est aussi campée en plus de parler des différents rôles rencontrés en SCHF : observatrice et leader. Considérant que l'observatrice passive est le rôle dominant dans cette étude, l'énumération de stratégies et de différents outils pédagogiques pouvant améliorer l'apprentissage des observatrices sont présentées dans cette section du mémoire. De plus, le concept du jugement clinique ainsi que les stratégies favorisant le développement du jugement clinique sont élaborés. Enfin, la dernière section porte sur le cadre de référence utilisé pour la création des questionnaires et le chapitre se termine par la présentation de la question de recherche.

Bases de données

Afin de bien circonscrire le projet de recherche, plusieurs bases de données ont été consultées (voir Tableau 1) et les mots clés suivants ont été choisis : *simulations, observer role, vicarious learning, health, nursing*. Ces mots clés ont permis de faire ressortir plus de 182 articles toutefois, suite à la lecture du sommaire de ceux-ci, seulement dix articles correspondaient aux critères choisis pour le projet de recherche. Les articles ont été sélectionnés à partir de 2012 et dans un contexte qui concerne seulement les êtres humains.

Tableau 1

Bases de données consultées pour effectuer la recension des écrits

Bases de données	Mots clés	Nombres d'articles obtenus	Nombres d'articles retenus	Nombres d'articles rejetés
CINHAL 2018/04/06	((MH "Patient Simulation") OR (MH "Simulations")) AND vicarious learning OR observer role OR directed observer* OR observer*	55		
MEDLINE 2018/04/06	((MH "Patient Simulation") OR (MH "Simulation Training") OR (MH "High Fidelity Simulation Training") OR TI simulation*) AND vicarious learning OR observer role OR directed observer* OR observer*	115		
ERIC 2018/04/06	DE "Participant Observation" OR DE "Observation" OR DE "Observational Learning" OR vicarious learning OR observer role OR directed observer* OR observer*) AND DE "Simulation" AND (health or medicine or nurs*)	6		
Education Source 2018/04/06	((DE "Observational learning" OR DE "Social learning theory (Communication)") OR (DE "Social learning") OR vicarious learning OR observer role OR directed observer* OR observer*) AND DE "Simulation methods in education" AND (health OR nurs*) OR DE "Medicine -- Study & teaching -- Simulation methods"	6		
Total		182	10	172

Il faut mentionner que les références citées dans les dix articles retenus ont permis d'avoir accès à d'autres recherches pertinentes dans le cadre de ce projet. Le Tableau 2 indique les critères d'inclusion et d'exclusion qui ont été utilisés afin de pouvoir justifier le choix ou non des articles. Les articles qui portaient sur : la SCHF avec des patients standardisés, le rôle des observateurs lors des scénarios de SCHF, l'utilisation du modèle de Bandura, des scénarios en sciences infirmières ou en médecine, ont été conservés pour lecture. Les raisons d'exclusion des autres articles sont : la simulation était faite par ordinateur, les projets présentés utilisaient des mannequins à basse fidélité ou présentaient des scénarios de type ÉCOS, la simulation était faite dans un autre domaine que le domaine médical, la stratégie utilisée était le jeu de rôle et finalement, les scénarios portaient sur des techniques précises (chirurgie, examen médical, traitements).

Simulation

La simulation clinique utilisée dans le cadre de la formation, tous domaines confondus, se divise en trois différents types : la simulation basse, moyenne et haute-fidélité. Dans le cadre de ce projet, seule la SCHF est définie puisqu'elle est celle utilisée dans cette recherche. De plus, lors de la SCHF, il est possible d'utiliser des mannequins ou des patients standardisés. Puisque la recherche fait appel à de vraies personnes pour tenir le rôle des patients, une définition est donc donnée.

Tableau 2

Protocole de recherche

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
- SCHF	- Simulation par ordinateur (3D,2D)
- Patients standardisés	- Simulation concernant les simulations de basse-fidélité (avec un membre de plastique ou autre) et fidélité intermédiaire (ECOS).
- Observatrice en temps réel	-Simulation touchant les domaines de l'espace /de la NASA /l'aviation / des technologies.
-Apprentissage vicariant (Bandura)	- Jeux de rôle
- Sciences infirmières/médecine	- Simulation chirurgicale / examen médical / traitement clinique médical

La publication de INACSL (2016h) fait ressortir que la simulation est une stratégie pédagogique qui permet de promouvoir, d'améliorer ou de valider la progression d'un participant de novice à expert. Lopreiato et al. (2016) soulignent aussi le fait que la simulation se déroule dans un environnement qui permet aux personnes d'expérimenter la représentation d'un événement réel dans le but de pratiquer, d'apprendre, d'évaluer, de tester ou de comprendre des systèmes ou des actions humaines. La SCHF est réalisée à l'aide d'un mannequin simulateur haute-fidélité ou d'un patient standardisé qui reproduit le plus réalistement la réalité clinique (Bell et al., 2014; Delmas, & St-Pierre, 2012; Foisy-Doll, & Leighton, 2018; INACSL, 2016f; Palaganas et al., 2015). Ce type de simulation est défini comme des expériences de simulation extrêmement réalistes et offrant un niveau

élevé d'interactivité et de réalisme pour l'apprenante (INACSL, 2016f). À cela s'ajoute que la SCHF est conçue pour démontrer les procédures de soins, la prise de décision et la pensée critique à travers des techniques telles que les jeux de rôles ou l'utilisation de vidéos interactives (Jeffries, 2016; Jeffries, & Rizzola, 2006; Palaganas et al., 2015). Le patient standardisé, quant à lui, est une personne formée pour représenter de manière cohérente un patient ou une tierce personne dans un scénario clinique à des fins d'instruction, de pratique ou d'évaluation (INACSL, 2016h).

Déroulement et étapes de la SCHF

La SCHF est une stratégie pédagogique formative. En aucun temps, les étudiantes sont évaluées sur leur performance si l'on compare la SCHF à un examen clinique objectif structuré (ÉCOS) qui est sommatif et évalue quelque chose de très précis.

La première partie de la SCHF est le briefing qui permet d'introduire le scénario clinique. À cette étape, le leader et les observatrices sont ensemble et peuvent échanger des informations concernant le scénario. Ils ont accès aux mêmes documents et peuvent aussi poser des questions à l'enseignante. Lors de cette étape, des consignes spéciales peuvent être données, entre autres, sur l'emplacement de matériel spécifique, le fonctionnement d'un appareil précis ou le code d'utilisation d'un chariot à médicaments. C'est aussi à cette étape que le leader est choisi. Un rappel des consignes d'usage est fait aux étudiantes telles que la durée du scénario, le fait que les actions sont effectuées en

temps réel ainsi que l'importance de poser tous les gestes requis par la situation et de façon véridique (Bong et al., 2017; Lavoie et al., 2013; Lopreiato et al., 2016).

La deuxième étape comprend le scénario. Il s'agit du moment où le leader joue le rôle de l'infirmière et doit intervenir de façon à mettre ses compétences en pratique pour la durée prévue au scénario. À moins que les enseignants donnent une consigne spéciale aux étudiantes, à cette étape, les observatrices ne font qu'observer simultanément la situation, dans une autre salle, par l'entremise d'un téléviseur ou d'un miroir sans tain (Lai et al., 2016).

Finalement, la troisième étape comprend le débriefing. Cette étape est définie comme un processus formel, collaboratif et réflexif dans le cadre de l'activité d'apprentissage par simulation (Fois-Doll. & Leighton, 2018; Hayden et al., 2014; INACSL, 2016a; INACSL, 2016h; Jeffries, 2016; Lavoie et al., 2013; Lopreiato et al., 2016; Palaganas et al., 2015). Lors de cette étape, le groupe, constitué de l'ensemble des étudiantes, est réuni et une période de rétroaction s'amorce. Le retour sur l'expérience vécue au cours du scénario simulé permet aux étudiantes d'assimiler et d'adapter leur apprentissage ainsi que de se préparer aux futures situations simulées (INACSL, 2016a; INACSL, 2016h). Ce retour constructif favorise le développement du jugement clinique (Curl et al., 2016; INACSL, 2016h; Palaganas et al., 2015) et encourage la réflexion chez les participantes en explorant leurs émotions et questionnements en lien avec la situation simulée (INACSL, 2016h : Lopreiato et al., 2016). De plus, lors du débriefing, les

étudiantes (leader et observatrices) sont invitées à réfléchir et commenter, sous forme d'échange constructif, sur ce qui s'est produit au cours de la situation, et ce, dans le but de peaufiner leur apprentissage (Lopreiato et al., 2016).

Utilisation de la SCHF en enseignement

La SCHF est considérée comme une approche pédagogique intéressante à utiliser en enseignement (Hayden et al., 2014; INACSL, 2016g; Jeffries, 2016; Levett-Jones et al., 2015; Scherer, Foltz-Ramos, Fabry, & Ying-Yu, 2016). Les auteurs soulignent que la SCHF permet aux étudiantes : d'améliorer leurs habiletés cliniques, de développer leurs habiletés de communication, d'exécuter un travail d'équipe empreint de leadership, d'effectuer des interventions adéquates lors de complications, d'améliorer leur processus de prise de décision, de perfectionner leurs connaissances et compétences théoriques en lien avec la situation clinique, d'augmenter leur confiance en soi ainsi que le développement de leur jugement clinique (Delmas, & St-Pierre, 2012; Hayden et al., 2014; INACSL, 2016e; INACSL, 2016g; Jeffries, 2016; Nestel, & Bearman, 2015).

De plus, la SCHF offre la possibilité de préparer les étudiantes à aller en stage, de les rendre les plus à l'aise avant d'être dans un milieu clinique et de leur offrir la possibilité de pratiquer leurs habiletés avant d'être intégrées dans un milieu avec des vrais patients (CIFI, 2013; Hayden et al., 2014; INACSL, 2016g; Scherer et al., 2016). De plus, la variabilité des situations pouvant être rencontrées en stage est grande, puisque certains problèmes de santé ne sont pas nécessairement présents dans tous les milieux de soins lors

des stages. Certaines situations cliniques complexes ne permettent pas toujours à des stagiaires de dispenser des soins. Ainsi, la SCHF présente un avantage pour la pratique de scénarios différents à ce qui se présente lors des stages (CIFI, 2013; Scherer et al., 2016). La SCHF se déroule dans des environnements sécuritaires, structurés et réalistes qui laissent la possibilité aux étudiantes d'intervenir de façon autonome auprès des patients simulés permettant ainsi d'apprendre de façon sécuritaire, puisque le milieu est contrôlé (Berragan, 2011; Bong et al., 2017; Foisy-Doll, & Leighton, 2018; INACSL, 2016f; Jeffries, 2016; Jeffries & Rizzola, 2006; Palaganas et al., 2015).

Une étude américaine menée par Hayden et al., (2014) a utilisé la SCHF pour remplacer un pourcentage de temps alloué au stage pour des étudiantes en soins infirmiers. Ce pourcentage varie dans les trois différents groupes de leur étude allant respectivement de 10 %, 25 % et 50 % du temps alloué à la SCHF. Dans cette étude, les résultats démontrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les compétences des différents groupes comparés et que la SCHF peut servir de substitut, jusqu'à 50 % du temps total alloué au stage au cours de la formation requise par le programme de soins infirmiers. Tout comme au Québec, les milieux pouvant accueillir les stagiaires en sciences infirmières posent parfois problème dans certaines régions (OIIQ, 2009b). Pour les grands centres urbains, le nombre de places est rapidement comblé et en milieu rural, les stagiaires sont parfois plus nombreux que les patients. Une autre étude menée par Curl et al. (2016) ont également mené une étude où 50 % du temps total alloué au stage a été remplacé, pour des étudiantes en soins infirmiers, par de la SCHF. Ces auteurs

mentionnent que tous les étudiants de leur étude ont atteint les différents objectifs cliniques requis dans le cadre de leur formation. L'importance de mener des projets de recherche portant sur les retombées de la SCHF en remplacement des stages représente un enjeu sérieux puisque plusieurs études notent, entre autres, les difficultés de réalisation du nombre d'heures requises par la formation clinique des étudiantes, le manque d'exposition à certains cas cliniques ainsi que les difficultés de recrutement du personnel pouvant superviser les stagiaires (CIFI, 2013; Curl et al, 2016; Hayden et al., 2013; OIIQ, 2009b).

Différents rôles de la SCHF : observatrice et leader

Le nombre d'inscriptions dans les programmes collégiaux et universitaires se maintient au-dessus des 3300 étudiantes depuis les trois dernières années (OIIQ, 2017). Considérant ce nombre d'inscriptions dans les programmes de soins infirmiers des établissements collégiaux ou universitaires, le déroulement de la SCHF se réalise majoritairement en groupe d'étudiantes (CIFI, 2013; Harder et al., 2013; Newberry, 2014; Scherer, et al., 2016). Idéalement, le seul et unique rôle de la SCHF serait celui de leader, ce qui ferait en sorte que chaque étudiante effectuerait toutes les situations cliniques en tant que première intervenante auprès du patient. Mais, la réalité de contingents des milieux fait en sorte que la formation de groupes d'étudiantes est plus réaliste (Lavoie et al., 2016). Donc, les étudiantes jouent le rôle de leader, à tour de rôle, ce qui fait en sorte qu'elles sont plus souvent observatrices des scénarios que leader de ceux-ci.

L'observatrice étant externe à la SCHF n'a aucune action concrète à effectuer au cours du déroulement de la situation clinique ce qui fait en sorte qu'elle est considérée comme ayant un rôle passif lors du déroulement de la SCHF (Bethards, 2014; Harder et al., 2013; Levett-Jones et al., 2015; Newberry, 2014; O'Regan et al., 2016). Ce rôle d'observatrice est celui qui se trouve au premier plan dans le cadre de ce projet. Actuellement, les études commencent à émerger sur le rôle de l'observatrice et sur les stratégies qui peuvent potentialiser leur réflexion au cours de la SCHF (Bethards, 2014; Dilley et al., 2015; Harder et al., 2013; Hober & Bonnel, 2014; Kaplan et al., 2012; Lai et al., 2016; O'Regan et al., 2016; Stegmann et al., 2012).

Stratégie pour améliorer l'apprentissage des observatrices

Sachant que l'observation active est plus bénéfique que l'observation passive, il devient important de se questionner afin de trouver une solution permettant d'améliorer l'apprentissage des observatrices (Dilley et al., 2015). Bethards (2014) affirme que les étudiantes observatrices étant actives dans la SCHF ont une meilleure rétention de l'information, une meilleure attention, une augmentation de leur motivation ainsi qu'une meilleure capacité à reproduire les bons comportements observés par leurs collègues grâce à leur participation active lors de la SCHF.

Dans la revue systématique de O'Regan et al., 2016, les auteurs effectuent une recension de neuf articles sur le rôle de l'observatrice en SCHF. De ce nombre, quatre études documentent la faible satisfaction des étudiantes envers le rôle d'observatrice (Bell

et al., 2014; Lau, Stewart, & Fielding, 2001; Smith, Klaassen, Zimmerman, & Cheng, 2013; Stiefel et al., 2013). Quant aux cinq autres articles, les chercheurs dénotent l'importance d'avoir un outil pouvant venir en aide aux observatrices afin de leur permettre d'atteindre les objectifs visés par les situations cliniques simulées. Ces constats ont pu être faits puisque les observatrices ont été en mesure de donner les réponses attendues au cours de la SCHF (Harder et al., 2013; Hober & Bonnel, 2014; Kaplan et al., 2012; Stegmann et al., 2012; Thidemann & Söderhamn, 2013).

Dans une recherche descriptive exploratoire, Hober et Bonnel (2014) se concentrent sur l'intégration adéquate du rôle de l'observatrice au sein de la SCHF. Des entrevues semi-structurées ont tenté de faire ressortir les moyens à envisager pour que les étudiantes s'engagent activement dans leur rôle d'observatrices. Les chercheuses soulignent le peu d'études sur le rôle de l'observatrice et mentionnent qu'en raison de la croissante utilisation de la SCHF comme ressource pédagogique, il serait important de réaliser d'autres études sur ce rôle. Un fait intéressant qui émerge de leur étude est que lorsqu'elles jouent le rôle d'observatrices, les étudiantes sont en mesure de réfléchir à la situation sans être contraintes au stress, à l'anxiété et à la panique qui peuvent découler du rôle de leader.

Dans l'article de Kaplan et al. (2012), les auteurs ont distribué un questionnaire sous forme d'échelle de Likert en cinq points qui évalue la SCHF après que l'entièreté de

l'activité se soit déroulée. Le questionnaire est rempli par les leaders ainsi que les observatrices afin d'examiner leur niveau de satisfaction envers l'activité de la SCHF. Les critères évalués par les étudiantes sont l'organisation générale de la situation clinique, la clarté des concepts étant importants pour cette situation, les connaissances de base, la préparation à un travail plus efficace dans de vrais milieux cliniques, le réalisme de la situation présentée, l'agréabilité de l'activité ainsi que la clarification des points importants de la situation lors de la période du débriefing. Encore une fois, les auteurs de cette étude concluent que d'autres recherches sont nécessaires afin d'explorer des stratégies qui optimisent l'expérience de l'observatrice en ce qui a trait à leur apprentissage (Kaplan et al., 2012). Dans leur étude, le questionnaire se concentrait davantage sur la satisfaction des étudiantes et non pas sur les connaissances acquises lors de la SCHF. De ce fait, les chercheurs suggèrent d'autres recherches afin de développer des outils qui peuvent optimiser le rôle de l'observatrice.

Harder et al. (2013) ont effectué une étude ethnographique sur le rôle de leader comparativement au rôle d'observatrice. Ils constatent que les étudiantes préfèrent jouer un rôle défini et actif dans la SCHF, tel le leader ou une personne pouvant intervenir directement dans la situation plutôt que de demeurer passive tout au long du scénario.

Thidemann et Söderhamn (2013) ont effectué une recherche servant à comparer le rôle du leader à celui de l'observatrice. Ceux-ci concluent que la SCHF aide au

développement de l'introspection personnelle ainsi qu'à l'acquisition de connaissances pratiques, à l'acquisition des compétences communicationnelles et au développement d'attitude de collaboration chez les leaders. En ce qui concerne les observatrices, le potentiel d'apprentissage peut être bonifié lors de l'observation si les objectifs d'apprentissage réalistes et conformes à la situation clinique sont donnés avant le début du scénario. Les étudiantes peuvent alors s'attarder aux éléments importants de la situation ce qui les guide et leur permet d'assimiler les notions jugées essentielles à leur apprentissage (Stegmann et al., 2012; Thidemann, & Söderhamn, 2013).

Les chercheurs Lai et al. (2016) ont observé le niveau de stress perçu par les étudiantes à l'aide d'une échelle Likert de six points. Ils comparent les étudiantes ayant le rôle de leader à celles qui sont observatrices de la SCHF. Les résultats démontrent que les observatrices sont moins enclines au stress comparativement au leader qui exécute la SCHF. Bong et al. (2017), quant à eux, ont mesuré le niveau de stress des étudiantes en SCHF à l'aide du test de l'analyse de cortisol salivaire. Leurs résultats vont dans le même sens que ceux de Lai et al. (2016), soit que le niveau de stress est moindre chez les étudiantes observatrices au cours de la SCHF comparativement au leader.

Dilley et al. (2015) ont mené une recherche au cours de laquelle un questionnaire a été développé et utilisé par les observatrices lors de la SCHF. Ce questionnaire est formé de questions à réponses dichotomiques guidant les étudiantes sur ce qu'elles doivent

observer tout au long de la SCHF. Les auteurs soulignent que les observatrices doivent être attentives puisqu'elles doivent répondre aux questions ce qui est positif et permet de mieux participer lors du débriefing. Tel que stipulé dans l'article, la généralisation du questionnaire est impossible, puisque les questions sont adaptées au scénario vécu par les étudiantes.

D'autres chercheurs, Lavoie et al. (2016), ont testé l'utilisation de questionnaires auprès des étudiantes en SCHF. Un questionnaire composé de 36 questions ayant des possibilités de réponses courtes ou dichotomiques (oui/non) a été développé afin de connaître la perception et la compréhension de l'étudiante face à la situation ainsi que la projection quant aux complications possibles. Selon les auteurs, le questionnaire doit être utilisé dans les scénarios où la condition du patient se détériore et il sert de prise de conscience chez les étudiantes au cours des scénarios. Cette prise de conscience est considérée comme étant une façon d'opérationnaliser le jugement clinique au cours de la SCHF. Par contre, il nécessite une révision et une amélioration dans le but de devenir un outil certifié (Lavoie et al., 2016). Cet outil peut guider le développement futur d'un questionnaire si la situation clinique présentée en SCHF vise la détérioration de l'état du patient simulé.

Une autre étude intéressante visant les étudiantes observatrices de la SCHF a été menée par Bethards (2014). L'auteure a remis aux observatrices une feuille de prise de

notes à compléter lors de la SCHF. Cette feuille de note est inspirée de la théorie de l'apprentissage social de Bandura. La chercheuse piste les sujets pertinents qui devraient être observés ce qui a pour but ultime de faciliter l'étape du débriefing. Tel que mentionné dans cet article, le rôle d'observatrice passive, au cours de la SCHF, doit être davantage examiné lors de prochaines études. En effet, son constat est que les étudiantes ont été davantage engagées dans leur rôle d'observation et celles-ci participaient plus activement à l'étape du débriefing grâce à l'utilisation de cette feuille de notes (Bethards, 2014).

Il semble donc pertinent de s'attarder au développement de questionnaires adaptés aux différents scénarios cliniques utilisés en SCHF. Les questionnaires peuvent être composés de cases à cocher ou de questions à réponses courtes, afin de faire en sorte que l'observatrice passive soit engagée activement dans son apprentissage. Le fait d'utiliser un questionnaire pour l'observatrice peut, entre autres, engendrer une écoute et une observation active en plus de générer un engagement personnel envers la situation simulée (O'Regan et al., 2016). Certains auteurs ont constaté que les observatrices actives voient leur apprentissage facilité, puisqu'elles ont en main les différents objectifs d'apprentissage visés par la SCHF. Ces objectifs composés des aspects les plus importants de la situation forcent l'observatrice à porter une attention particulière au déroulement du scénario ce qui a pour effet de favoriser son apprentissage (Kaplan et al., 2012; Krogh et al., 2014; Stegmann et al., 2012). L'engagement actif des étudiantes dans leur processus d'apprentissage, en lien avec l'utilisation d'un questionnaire, peut avoir un effet positif

sur leur jugement clinique durant le déroulement de la SCHF (Dilley et al., 2015; Ertmer et al., 2010). De plus, les étudiantes effectuent des liens entre le contexte théorique et le contexte pratique, ce qui favorise la compréhension des actions à exécuter ainsi que la résolution de problèmes infirmiers (Berragan, 2011). Le développement d'un outil, qui permet de faire travailler les observatrices afin d'optimiser leur observation lors des différents scénarios effectués en SCHF semble être une avenue intéressante pour la recherche.

Jugement clinique

Le processus de réflexion, présent chez les étudiantes, est la clé en ce qui a trait au développement de leur jugement clinique (Tanner, 2006). Cette auteure considère que le jugement clinique est essentiel pour la compréhension de la situation du patient rendant alors l'infirmière apte à prendre des décisions en plus d'exécuter les actions requises par la situation. Le jugement clinique s'acquiert et se développe puisqu'il s'agit d'une aptitude à réfléchir qui nécessite des habiletés mentales aguerries (Ertmer et al., 2010). Le jugement clinique consiste en une interprétation des besoins, des préoccupations du patient qui permet de comprendre ses problèmes afin d'être en mesure de prendre des décisions, d'utiliser ou de modifier des approches standard, et ce, dans le but premier de bien répondre aux besoins de la clientèle (INACSL, 2016h; Tanner, 2006). Le jugement clinique permet d'émettre des diagnostics infirmiers et de répondre aux besoins engendrés par les complications de santé qui apparaissent chez le patient. L'expérience clinique ainsi

acquise vient à son tour améliorer le jugement clinique de l'infirmière (Curl et al., 2016; INACSL, 2016h; Simmons, 2010).

Stratégie pédagogique favorisant le développement du jugement clinique

Afin de faciliter le développement du jugement clinique auprès des étudiantes, plusieurs stratégies sont possibles. Les stages (CIFL, 2013), les vignettes vidéo (Jeffries & Rizzola, 2006), les études de cas ainsi que les différentes formes de simulation dont la SCHF (Lavoie et al., 2016; Levett-Jones et al., 2015; Scherer, Foltz-Ramos, Fabry, & Ying-Yu, 2016) en sont quelques exemples. De plus, plusieurs auteurs mentionnent le fait que les étudiantes ont une meilleure capacité d'assimilation de l'information lorsqu'elles effectuent de la simulation comparativement à des cours magistraux en classe (Brannan, White, & Bezanson, 2008). Dans le cadre de ce travail, la SCHF est la stratégie à l'étude dans le but de favoriser le développement du jugement clinique. Les différentes recherches consultées permettent de croire que la création de questionnaires adaptés à différents scénarios pourrait avoir des retombées positives pour les étudiantes observatrices de scénarios simulés. Naturellement, le questionnaire doit tenir compte des objectifs d'apprentissage en lien avec les scénarios expérimentés en SCHF. Les objectifs du questionnaire doivent être clairs et précis afin d'augmenter le potentiel d'apprentissage des étudiantes en plus de leur permettre de s'engager activement dans leur apprentissage (INACSL, 2016c; Harder et al., 2013). Le questionnaire doit également contenir des

questions qui permettent d'évaluer si les observatrices réfléchissent sur ce qu'elles voient lors de la SCHF; une réflexion qui leur permet de prendre des décisions éclairées.

Cadre de référence

La Théorie de l'apprentissage social de Bandura (1980) est celle qui est utilisée en guise de cadre théorique afin d'expliquer les éléments évoqués dans ce mémoire (voir Figure 1). Bandura inclut dans sa théorie différents concepts dont, l'apprentissage vicariant, qui est la partie la plus pertinente et intéressante pour ce projet de recherche. Selon Bandura (1980), même si la personne n'expérimente pas une situation, mais qu'elle peut l'observer, un apprentissage peut être fait. En effet, une personne peut apprendre du comportement et des expérimentations que les autres font et ces apprentissages proviennent de diverses sources qui sont externes et internes à l'individu.

La première source d'influence expliquée dans la théorie concerne les accomplissements ainsi que le niveau de performance directement extraits des expériences propres à l'individu. Ceci s'explique, entre autres, par le principe du renforcement positif de soi. Plus la personne est confrontée à des réussites personnelles, et plus celle-ci sera capable d'affronter d'éventuels échecs qui lui permettra de réaliser d'autres réussites. Donc, cette source est en partie bâtie par les expériences personnelles réalisées tout au long de la vie de chaque individu.

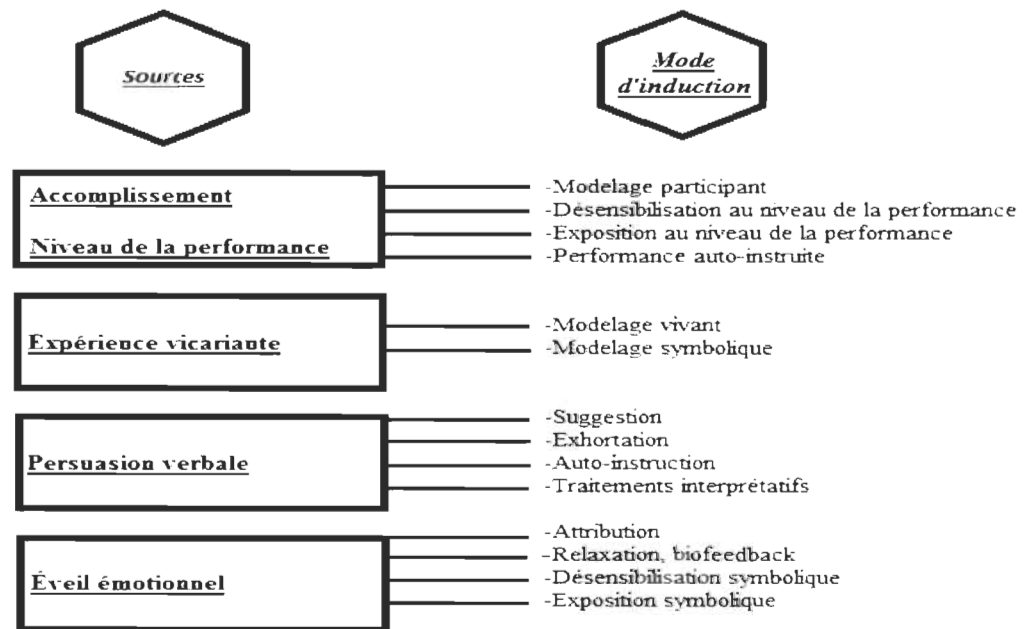


Figure 1. Les diverses influences et procédures utilisées afin de réduire le comportement défensif de la personne (Bandura, 1980)

Participer régulièrement à des activités de SCHF fait en sorte que les étudiantes sont plus à l'aise de répéter l'expérience d'apprentissage puisqu'elles peuvent se référer à leurs expériences positives vécues tout au long de leur formation.

L'expérience vicariante est la seconde source de ce modèle. Elle est très importante pour ce projet puisqu'elle repose sur le principe que les personnes, qui observent le comportement d'une autre personne, peuvent aussi apprendre de ce qu'elles voient. Il s'agit d'un apprentissage intéressant dont il faut tenir compte, puisque les observatrices répondent aux critères de cet apprentissage vicariant et le but du projet est qu'elles

puissent en retirer les plus grands avantages possibles. Le modèle fait aussi ressortir les bénéfices qui peuvent être retirés suite à l'observation de ce que les autres individus expérimentent, positivement ou négativement, sans tenir compte de la conséquence qui en résulte. Par exemple, lors de la SCHF, si l'étudiante leader effectue une erreur dans la situation clinique, l'observatrice pourra apprendre de cette erreur. De plus, dans le cadre du projet de recherche, les éléments concernant les erreurs commises par le leader sont discutés lors de la période de débriefing afin de voir comment, dans un idéal, cette situation devait être prise en charge. Les étudiantes peuvent alors concevoir ce qui devait être la meilleure intervention possible et ainsi apprendre du scénario vécu. Cet apprentissage peut ensuite être intégré par l'étudiante et être utile dans une future expérience de soins. Grâce à l'expérience vicariante, les observatrices se bâtissent des balises solides et rationnelles qui peuvent aussi avoir des retombées positives sur leur propre sentiment d'auto-efficacité personnelle (Bandura, 1980).

La persuasion verbale, constituant la troisième source, est une autre méthode d'influence concernant le comportement pouvant être acquis par l'être humain. Cette méthode s'explique par le fait que les individus sont amenés à croire qu'ils sont aptes et capables d'effectuer une action quelconque à l'aide de leur propre expérience en inhibant les mauvaises expériences vécues. L'individu croit alors fermement en ses capacités et effectue, au meilleur de ses connaissances, l'action attendue. Par exemple, grâce à la SCHF, l'étudiante qui sera en milieu clinique réel sera à même de croire en ses capacités

d'interventions afin de régler des problématiques puisqu'elle se réfèrera à son expérience acquise lors de SCHF.

Finale­ment, comme dernière source d'influence, Bandura (1980) propose l'éveil émo­tionnel. Cet éveil peut, si l'individu fait face à une situation qu'il considère comme menaçante, avoir un effet négatif sur le sentiment d'efficacité personnelle de l'étudiante. Lorsque les individus ne sont ni anxieux, ni stressés, ils ont tendance à ne pas se préoccuper de leur éveil émo­tionnel et feront les gestes et prendront des décisions de façon machinale. Par contre, dans une situation où les personnes se sentent anxieuses, celles-ci auront tendance à se diriger vers des mécanismes d'évitement plutôt que de réaliser l'action demandée. Un fait intéressant est que le comportement peut être observé et corrigé à l'aide de la SCHF puisque la période de débriefing permet une rétroaction qui tient compte des préoccupations des étudiantes et qui permet de ventiler les sentiments et croyances de celles-ci. La théorie de l'apprentissage social de Bandura a été utilisée par plusieurs chercheurs en SCHF puisqu'elle correspond à un modèle d'apprentissage qui colle à la réalité de la simulation clinique faite en équipe et où des étudiantes jouent le rôle d'observatrices (Bethards, 2014; Bong et al., 2017; O'Regan et al., 2016; Reime et al., 2017; Stegmann et al., 2012).

Suite à la lecture de nombreux articles portant sur le rôle de l'observateur de la SCHF, il semble que l'élaboration d'une stratégie pédagogique permettant de rendre plus

actif ce rôle de l'observateur représente un sujet intéressant pour la formation en sciences infirmières. Ainsi, l'élaboration d'un questionnaire de même que l'expérimentation de celui-ci auprès d'étudiantes est au cœur de ce projet. Le questionnaire sera composé de questions à choix de réponses et de questions à courtes réponses qui s'inspirent des stratégies utilisées par les chercheurs (Dilley et al., 2016; Kaplan et al., 2012; Lai et al., 2016; Lavoie et al., 2016). De plus, l'encadrement et l'accompagnement des observatrices grâce aux questions développées sont des préoccupations de la chercheuse qui, comme les auteurs le mentionnent, représente un point essentiel à mettre en valeur auprès des étudiantes (Thindemann & Söderhamn, 2013).

Chapitre 3 : Méthodologie de recherche

Le troisième chapitre du mémoire traite de la méthodologie de la recherche. Il comprend onze sections qui résument tous les éléments pris en compte dans le cadre de la réalisation de ce projet de recherche. Les six premières sections portent respectivement sur le devis de recherche choisi en plus de sa justification, le milieu de recherche, la population à l'étude, l'échantillonnage, les critères d'inclusion et d'exclusion relatifs à l'étude et les définitions opérationnelles des concepts clés. Par la suite, le déroulement de la recherche, les considérations éthiques, les avantages et les limites de la recherche, le plan d'analyse ainsi que les retombées attendues sont élaborés. Il est à noter que le projet de recherche actuel s'inscrit dans un autre projet plus global portant sur la SCHF. De ce fait, une seule demande éthique a été obtenue pour les deux projets de recherche, mais comme vous pourrez le constater, le projet de ce mémoire est identifié dans la demande éthique.

Devis de recherche

Ce projet de recherche consiste en une étude descriptive simple à perspective exploratoire. Ce type de devis sert à obtenir des informations précises sur la population étudiée tout en permettant de faire émerger de nouvelles connaissances. De plus, le devis descriptif est utile lorsque le sujet est peu documenté, puisqu'il permet de décrire l'état actuel du sujet à l'étude (Fortin & Gagnon, 2016). Ce choix de type de devis s'appuie sur le fait qu'il y a peu de recherches réalisées jusqu'à présent sur le rôle actif que peut jouer

l'observatrice lors de la SCHF. Il a donc pour but de favoriser l'avancement des connaissances en ce qui a trait à ce rôle.

Milieu de recherche

Le milieu de recherche choisi est l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Les étudiantes au volet universitaire DEC-BAC inscrites au stage en santé communautaire (SOI1150) sont les personnes visées par cette recherche et proviennent de l'UQTR. Dans le cadre du cours SOI1150, les étudiantes doivent effectuer des scénarios en SCHF et doivent jouer le rôle d'observatrice à quelques reprises.

Population à l'étude

La population cible concerne les étudiantes inscrites au Baccalauréat en sciences infirmières à l'UQTR. La population accessible est constituée des étudiantes admises au volet universitaire du DEC-BAC en sciences infirmières qui se sont inscrites au cours SOI1150 : Stage en santé communautaire à l'automne 2017. Ainsi, celles qui ont accepté de participer au projet de recherche représentent l'échantillon de convenance.

Échantillonnage

Un nombre de 58 participantes inscrites au cours SOI1150 à l'automne 2017 a été obtenu. Naturellement, le fait d'avoir un échantillon de convenance crée un biais de sélection et peut diminuer la représentativité des résultats. Pour y remédier, il pourrait être

possible de recruter un deuxième groupe d'étudiants au cours d'une autre session (Fortin & Gagnon, 2016). Toutefois, il faut noter que le projet de recherche se terminant à l'été 2018, la chercheure a décidé de ne pas recruter un autre groupe. Il faut aussi souligner que toutes les étudiantes sollicitées pour participer au projet ont accepté.

Critères d'inclusion et d'exclusion

La sélection des participantes était basée sur le fait que les étudiantes devaient être inscrites au SOII 150 : Stage en santé communautaire à l'UQTR à l'automne 2017. Aucun critère d'exclusion n'a été intégré à cette recherche.

Définitions opérationnelles des concepts

La présente section explique les deux concepts clés de la recherche : le briefing (préparation au scénario) et le jugement clinique. Pour ce qui est de la préparation à l'activité, les étudiantes ont accès au dossier électronique du patient simulé. Dès le début de la session, les dossiers des patients simulés sont disponibles sur un portail de cours, permettant ainsi aux étudiantes de les consulter au moment qui leur convient le mieux. Il faut mentionner que les étudiantes sont invitées à consulter le dossier du patient simulé avant la demi-journée de la simulation, puisque ce dossier fait office de préparation à l'activité. De plus, tel que stipulé dans la partie recension des écrits, une période d'échange entre l'enseignante et les étudiantes a toujours lieu avant le début de chaque scénario. Il s'agit du briefing. Cette étape permet aux étudiantes de recevoir des informations

générales ainsi que des instructions et directives spécifiques en lien avec le scénario. Elles peuvent également poser des questions si elles en éprouvent le besoin.

Par la suite, le deuxième concept observé est celui du jugement clinique. Ce dernier, dans le cadre de ce projet de recherche, est mesuré à l'aide d'un questionnaire précis et développé spécifiquement pour chacun des scénarios. Les réponses aux questions permettront d'évaluer le jugement clinique des étudiantes ayant observé les scénarios.

Conception de scénarios servant à l'élaboration des instruments de mesure

Préalablement à la confection des instruments de mesure, l'élaboration de six scénarios cliniques a été faite. Chaque scénario est accompagné d'un dossier patient fictif complet ayant une histoire clinique plus ou moins complexe. Le choix des pathologies des différents scénarios se basent sur les résultats d'un questionnaire portant sur les cas traceurs qui a été distribué aux étudiantes finissantes des collèges de la région de Montréal (St-Pierre & Leblanc, 2017). Parmi les cas traceurs les moins expérimentés lors des stages cliniques des étudiantes, ceux pouvant être rencontrés lors des stages en santé communautaire ont été choisis. Les cas suivants représentent les situations cliniques développées : brûlure au deuxième degré chez un patient diabétique, choc anaphylactique chez un patient recevant un antibiotique par voie intraveineuse après une chirurgie, choc cardiogénique chez un patient ayant des antécédents cardiaques, choc hypovolémique chez un patient porteur de stomie, urgence suicidaire chez un patient ayant un diagnostic

de cancer et intoxication médicamenteuse accidentelle chez un patient ayant eu une gastroentérite.

Instruments de mesure

Un questionnaire a été développé afin d'obtenir des données sur la préparation à l'activité et le développement du jugement clinique des étudiantes observatrices de la SCHF (Appendice A). Ce questionnaire comprend cinq questions et les réponses sont des choix à cocher ou de courtes réponses. La première et les deux dernières questions sont les mêmes pour chaque scénario alors que les questions deux et trois sont spécifiques à chaque scénario.

La première question de l'instrument de mesure consiste à cocher la case qui correspond à la raison du suivi infirmier. Cette question a pour but d'évaluer si les étudiantes se sont préparées à l'activité, faisant référence au premier concept à l'étude qui porte sur la préparation. Cette question est composée de 18 choix de réponses qui sont les mêmes pour les six scénarios simulés.

Le deuxième concept, jugement clinique, est mesuré à l'aide de deux questions pour chacun des scénarios. Ces questions s'inspirent des concepts de la rubrique du jugement clinique de Lasater (2007). Dans la section, *remarquer et interpréter*, de sa rubrique, Lasater (2007) fait ressortir l'importance à accorder aux observations ciblées, à la priorisation des données ainsi qu'à la compréhension des données. Ces notions ont

inspiré les différentes questions deux et trois des six questionnaires qui, rappelons-le, sont différentes pour chaque scénario puisqu'elles sont adaptées à la situation clinique présentée aux étudiantes. Les questions sont sous forme de questions ouvertes ou de cases à cocher dépendant du degré de réflexion voulu par les questions.

La rubrique du jugement clinique de Lasater (2007) a aussi inspiré les questions quatre et cinq de tous les questionnaires. La section *réagir et réfléchir*, l'évaluation et l'analyse ainsi que l'engagement à l'égard de l'amélioration sont les éléments de la rubrique qui intéresse principalement la chercheure pour son projet. Ces deux dernières questions sont toujours présentées sous la même forme, soit des réponses ouvertes et en ordre de priorisation allant de l'élément jugé le plus important à celui reconnu comme étant moins important, mais nécessitant tout de même une discussion pendant la période de débriefing.

La complétion des questionnaires est sous la supervision de la chercheure et celle-ci s'assure d'encadrer les étudiantes quant au moment où elles doivent répondre à la question de même qu'au temps dévolu pour répondre à celle-ci. Cette façon de faire permet à la chercheure de s'assurer que les étudiantes ne lisent pas les questions en lien avec le scénario avant que l'action se déroule sous leurs yeux. L'attention des étudiantes doit ainsi demeurer constante puisqu'il s'agit d'un élément important pour cette recherche, la participation active des observatrices. Pour ce qui est du temps alloué à chaque question,

il est important de veiller à ce que les étudiantes ne modifient pas leur réponse en cours de cheminement du scénario.

Déroulement de l'étude

Tout d'abord, un résumé du déroulement de l'étude est présenté au Tableau 3.

Tableau 3

Résumé du déroulement de l'étude

Activités	Date
Dépôt du certificat d'éthique au comité de l'UQTR	Mars 2017
Élaboration de six scénarios cliniques : soins plaies (brûlure 2 ^e degré), choc anaphylactique, choc cardiogénique, urgence suicidaire, intoxication médicamenteuse accidentelle.	Mai-juin 2017
Validation des scénarios par des professionnelles de la santé	Juin 2017
Ajustement des scénarios en tenant compte des lacunes observées lors de la validation	Juin 2017
Élaboration des six questionnaires	Juillet 2017
Validation des questionnaires auprès de professionnelles de la santé	Juillet 2017
Ajustement des questionnaires en tenant compte des réponses obtenues lors de la validation	Août 2017
Recrutement auprès des étudiantes inscrites au stage en santé communautaire à la session automne 2017 inscrites au volet universitaire du DEC-BAC	Août 2017
Collecte de données à l'aide des six questionnaires	Session automne 2017
Analyse des données	Hiver 2018
Rédaction du mémoire	Hiver et été 2018

L'élaboration des scénarios cliniques et leur validation ont été réalisées à l'aide d'une experte en simulation ainsi qu'une experte en contenu. Les modifications concernant les six différents scénarios, suite aux lacunes observées ou verbalisées par les professionnels, ont été apportées. Par la suite, l'élaboration de l'outil, soit les questionnaires utilisés par les observatrices, a été réalisée et validée à l'aide des mêmes expertes préalablement consultées. Suite aux commentaires émis par les professionnelles de la santé, les questionnaires ont été révisés et améliorés. La description concernant les éléments composant les questionnaires est expliquée dans le plan de l'analyse des données présenté dans les prochaines pages.

Dès le début de la session automne 2017, le recrutement auprès des étudiantes a été effectué lors de la première rencontre de présentation du plan de cours SO11150 Stage en santé communautaire. Une entente a été convenue avec les enseignantes de ce cours afin de pouvoir présenter le projet. Les étudiantes ont eu à former des groupes de six afin de se présenter aux deux demi-journées de simulation. La durée de la SCHF est d'environ trois heures trente par demi-journée. La préparation individuelle requise et préalable à cette journée totalise une durée d'environ une heure pour la lecture des dossiers patients déposés sur le portail de cours. Lors des demi-journées de SCHF, les étudiantes ont été accueillies pour procéder à la collecte de données et des explications pour la complétion des questionnaires ont été effectuées. Les étudiantes ont ensuite participé en tant que leader et observatrices aux scénarios cliniques simulés. Pour chacun des scénarios, une période de débriefing a eu lieu, toutefois, cette étape ne faisait pas partie du projet.

Considérations éthiques

Trois grands principes éthiques doivent être pris en considération lorsque l'on effectue de la recherche. Premièrement, le respect des personnes doit tenir compte du consentement libre et éclairé pouvant être exercé par chaque individu. Les étudiantes ont été informées qu'elles pouvaient quitter le projet de recherche en tout temps, et ce, sans avoir à fournir de raisons. Le deuxième principe est la préoccupation pour le bien-être englobant le concept de confidentialité. Afin de répondre à cette considération éthique, tous les questionnaires ont été anonymisés et des consentements de non divulgation (Appendice B) ont été signés par les étudiantes, les chercheurs ainsi que les civils jouant le rôle du patient simulé au cours des demi-journées de simulation. De plus, les questionnaires ainsi que la base de données résultant de ces questionnaires sont conservés dans une armoire sous clé à l'UQTR. La directrice et l'étudiante-chercheuse sont les seules personnes à y avoir accès. Le principe de justice est aussi un principe éthique important qui se réalise en tenant compte de la répartition équitable des avantages et des inconvénients de la recherche. Ce principe est respecté puisque les étudiantes ont été leader à tour de rôle et qu'elles ont eu le choix de la situation qu'elles voulaient expérimenter. Par contre, il faut mentionner qu'un groupe de cinq étudiantes a été formé pour le projet, il a donc fallu qu'une personne accepte de jouer le rôle de leader à deux reprises, ce qui n'a toutefois pas posé problème.

Pour permettre la réalisation de ce projet de recherche une demande au comité d'éthique de l'UQTR a été effectuée afin d'obtenir une certification éthique de la

recherche avec des êtres humains. La certification a été délivrée pour la période s'échelonnant du 11 mai 2017 au 11 mai 2018 (CER-17-234-07.09) (Appendice C). Le projet de recherche actuel s'inscrit dans le projet doctoral de madame Émilie Gosselin ayant pour titre : « Évaluation de l'amélioration des compétences cliniques, de l'analyse réflexive et du sentiment d'efficacité personnelle des étudiantes en sciences infirmières par l'utilisation de la simulation clinique haute-fidélité (SCHF) comme activité complémentaire aux stages ». Tel qu'il est indiqué dans la demande éthique ainsi que dans le formulaire d'explication de la recherche, mon projet s'inscrit dans un projet plus global qui traite de la SCHF (Appendice D).

Avantages, limites (biais) de l'étude

L'échantillonnage choisi en est un de convenance ce qui peut créer un biais de sélection. De plus, un biais lié à l'utilisation d'une seule méthode est présent, puisque le projet consiste à distribuer un questionnaire précis pour les six scénarios cliniques (Fortin & Gagnon, 2016). Il est espéré de pallier à ce biais en effectuant plus d'une mesure. Ceci est prévu si l'échantillon de convenance comporte au moins 20 étudiantes. Grâce à ce nombre, chaque questionnaire aura la chance d'être rempli par 15 étudiantes différentes. Puisque 58 étudiantes ont accepté de participer au projet et que celles-ci effectuent cinq scénarios à titre d'observatrice et un scénario à titre de leader, le biais est un peu moins important.

Plan d'analyse

La compilation des données obtenues à l'aide des questionnaires complétés par les étudiantes observatrices de la SCHF est effectuée à l'aide d'une base de données Excel. Grâce à la catégorisation numérique des réponses obtenues, l'émergence du plan d'analyse des données est possible. Par exemple, au scénario 1 ; question 1, l'étudiante qui a coché « soins de plaies » sur le questionnaire obtient une cotation de 2 dans la base de données. Des mesures de fréquences ainsi que des proportions peuvent résulter de l'analyse, puisque le devis est descriptif. La compilation de ces données vise à mesurer l'effet de l'utilisation de l'outil pédagogique sur le développement du jugement clinique des observatrices répondant ainsi au deuxième objectif de ce projet de recherche. Un autre objectif est de récolter les commentaires en lien avec l'utilisation de l'outil afin de connaître la satisfaction des étudiantes quant au questionnaire utilisé lors de la SCHF.

Retombées attendues

Ce projet a pour objectif d'obtenir des données quant à l'utilisation d'une stratégie pédagogique rarement utilisée auprès d'étudiantes observatrices de la SCHF, soit le questionnaire. Les résultats obtenus au cours de l'expérimentation pourront certainement donner un aperçu des retombées possibles de la participation plus active des étudiantes observatrices de la SCHF sur le développement du jugement clinique des étudiantes en sciences infirmières. Il s'agit d'une recherche intéressante, puisque la SCHF est grandement répandue dans les programmes en sciences infirmières et auprès des autres disciplines en santé. Ainsi, les retombées de cette recherche pourraient probablement

suggérer des avenues intéressantes en ce qui concerne la pratique, la recherche et l'enseignement à l'aide de la SCHF. Tel que stipulé dans l'article de Berragan (2011), les étudiantes ont une meilleure intégration du contexte théorique au contexte pratique par le fait de participer à de la SCHF. Donc, il est possible de penser que les étudiantes sont davantage préparées lors de situation exigeant une intervention d'urgence de leur part. De plus, un avancement concernant le rôle de l'observatrice et une curiosité des chercheurs afin de peaufiner les recherches sur ce rôle sont aussi à prévoir. Pour ce qui est de l'enseignement, la conception d'un outil pédagogique servant au rôle d'observatrice et permettant d'optimiser l'apprentissage vicariant est aussi une retombée souhaitée.

Chapitre 4 : Résultats

Dans ce chapitre, la présentation des résultats obtenus suite à la collecte de données est faite. Les données ont été calculées en mesure de fréquence et mesure de proportion pour tous les tableaux de ce chapitre. Étant donné que la recherche porte sur le développement du jugement clinique des observatrices de la SCHF, un nombre de 48 participantes a été pris en considération pour les différents tableaux, puisque les leaders des dix différentes équipes devaient être soustraits au nombre total. Les réponses pour chaque question sont majoritairement présentées sous forme de tableaux, et ce, pour les six différents scénarios utilisés dans le cadre de ce projet.

Le tableau 4 fait référence à la compilation des réponses des observatrices pour la question 1 pour les scénarios 1 à 6. Les participantes avaient 18 choix possibles de réponse, et ce, pour tous les scénarios. De plus, la question était toujours la même afin de pouvoir évaluer l'aspect de la préparation chez les observatrices de scénarios : « Quelle est la priorité d'action dans cette situation clinique suite à la consultation du dossier ». Afin de réaliser préalablement l'étape de la préparation à l'activité, les étudiantes avaient en leur possession un dossier fictif complet pour chaque scénario et une feuille de route toujours disponible pour les infirmières en soutien à domicile.

Tableau 4

Résultats obtenus à la question 1 des scénarios 1 à 6

Scénario (#)	Réponse attendue	Réponses obtenues	Fréquence	Proportion
Brûlure (1)	Soins de plaies	Soins de plaies	42	88 %
		Évaluation des signes vitaux	5	10 %
		Suivi stomothérapie	1	2 %
Choc anaphylactique (2)	Administration de mx à domicile	Administration de mx à domicile	35	73 %
		Suivi post-chirurgie	7	15 %
		Évaluation des signes vitaux	4	8 %
		Soins de plaies	1	2 %
		Suivi quotidien	1	2 %
Choc cardiogénique (3)	Ponction veineuse	Ponction veineuse	38	80 %
		Évaluation des signes vitaux	4	8 %
		Suivi hebdomadaire	3	6 %
		Administration de mx à domicile	2	4 %
		Suivi post-chirurgie	1	2 %
Choc hypovolémique (4)	Suivi stomothérapie	Suivi stomothérapie	37	78 %
		Suivi post-chirurgie	5	10 %
		Enseignement de tout type	4	8 %
		Évaluation des signes vitaux	2	4 %

Tableau 4

Résultats obtenus à la question 1 des scénarios 1 à 6 (suite)

Scénario	Réponse attendue	Réponses obtenues	Fréquence	Proportion
Urgence suicidaire (5)	Ponction veineuse	Ponction veineuse	38	80 %
		Évaluation des signes vitaux	4	8 %
		Évaluation psychosociale	3	6 %
		Suivi hebdomadaire	2	4 %
		Suivi problème ponctuel	1	2 %
Intoxication accidentelle (6) avec de la médication	Suivi problème ponctuel	Suivi problème ponctuel	14	29 %
		Suivi mensuel	12	25 %
		Suivi sonde à demeure	10	21 %
		Évaluation des signes vitaux	8	17 %
		Suivi hebdomadaire	3	6 %

Le tableau 4 est présenté afin de faciliter la comparaison entre la réponse qui était attendue et les réponses ayant été choisies par les observatrices pour tous les scénarios. Dans le scénario 1, le patient a une brûlure à un pied et une réfection de pansement est indiquée sur la feuille de route ainsi que dans le dossier fictif. Pour le scénario 2, le patient nécessite un suivi post opératoire (chirurgie reconstructive du genou droit) et il doit recevoir un antibiotique intraveineux en prophylaxie, à son domicile, afin d'éviter toutes complications en lien avec un risque d'infection. En ce qui concerne le scénario 3, le patient a un suivi régulier par les infirmières du soutien à domicile et, suite à un diagnostic de trouble du rythme cardiaque récent (fibrillation auriculaire), il nécessite une ponction veineuse à domicile. Le scénario 4 est un suivi de stomothérapie. Par la suite, le scénario 5 est un suivi pour une patiente ayant un cancer du côlon étant traitée sous radiothérapie. En raison de l'état de santé de la patiente, le suivi à domicile est requis et les laboratoires sanguins sont également effectués à domicile. Finalement, le scénario 6 est un suivi à domicile hebdomadaire d'un patient porteur de sonde à demeure. Puisque le patient est inscrit au service d'urgence 24/7, celui-ci peut également bénéficier de suivi ponctuel. La conjointe effectue un appel car elle s'inquiète de l'état de santé précaire de son mari suite à une gastroentérite récente.

Les tableaux 5 à 10 font référence à la compilation des réponses à la question 2 pour les scénarios 1 à 6. Pour le scénario de la brûlure et celui du choc anaphylactique, les questions demandaient des réponses courtes, puisque le fait de mettre des choix de réponses aurait été d'une trop grande évidence et n'aurait pas exigé une réflexion de la

part des participantes. Pour les scénarios du choc cardiogénique, du choc hypovolémique, de l'urgence suicidaire et de l'intoxication accidentelle avec de la médication, des réponses sous forme de cases à cocher ont été demandées afin de réduire le délai de réponse et permettre la réflexion et l'observation du déroulement du scénario.

Le tableau 5 illustre les réponses ayant été obtenues lors de la compilation des données pour le scénario de la brûlure à la question 2. La question est : « Donnez une raison pour laquelle il est pertinent d'administrer la médication avant d'effectuer le soin de plaies ». Dans l'histoire clinique, le patient a omis de prendre sa médication antidouleur avant l'arrivée de l'étudiante qui vient effectuer une réfection de pansement.

Tableau 5

Résultats obtenus à la question 2 du scénario de la brûlure

Réponse attendue	Réponses manuscrites des étudiantes	Fréquence	Proportion
Diminution de la douleur	Diminution de la douleur	44	92 %
	Augmentation de la collaboration	1	2 %
	Aucune réponse	3	6 %
Total général		48	100 %

Le tableau 6 expose les réponses obtenues à la question ouverte du choc anaphylactique. La deuxième question est : « Suite à la réaction de la personne en lien avec l'administration de l'antibiotique intraveineux, il est tout à fait logique d'arrêter

l'antibiotique. Que faites-vous par la suite ? » La réaction du patient est une simulation d'un choc anaphylactique. Donc, il était espéré d'obtenir une réponse stipulant l'administration du protocole d'épinéphrine.

Tableau 6

Résultats obtenus à la question 2 du scénario du choc anaphylactique

Réponse attendue	Réponses manuscrites des étudiantes	Fréquence	Proportion
Protocole épinéphrine	Protocole épinéphrine	11	23 %
	Appel au 911	13	27 %
	Prise des signes vitaux	10	21 %
	Évaluation de la fonction respiratoire	5	10 %
	Rincer la tubulure	4	8 %
	Vérifier si présence de choc anaphylactique	3	6 %
	Retirer le médicament de la voie intraveineuse	1	2 %
	Appel au médecin	1	2 %
Total général		48	100 %

Le scénario 3 présente un patient ayant un choc cardiogénique et le tableau 7 comporte les signes et symptômes indiquant que la condition de santé du patient est précaire. Dans la situation clinique simulée, le patient est connu pour un problème de fibrillation auriculaire et lors de la visite à domicile de l'étudiante, le patient commence à ressentir des douleurs angineuses (à 7 minutes du début du scénario). Suite à l'évocation des symptômes, il est demandé aux observatrices de cocher les signes et symptômes pouvant indiquer la précarité de sa condition. Au total, les participantes ont 20 choix de

signes et symptômes possibles. Les signes et symptômes ne sont pas tous présents et pertinents dans cette situation donc, afin de faciliter la complétion de cette question, les réponses sous forme de cases à cocher étaient requises.

Tableau 7

Fréquence et proportion des signes et symptômes obtenus pour la question 2 du scénario du choc cardiogénique

Signes et symptômes attendus	Réponses inscrites par les étudiantes	Fréquence	Proportion
Dyspnée	Dyspnée	41	85 %
Verbalisation du patient	Verbalisation du patient	37	77 %
Douleur à l'effort	Douleur à l'effort	24	50 %
Respiration (rythme)	Respiration (rythme)	23	48 %
Étourdissements	Étourdissements	22	46 %
Douleur à la mâchoire	Douleur à la mâchoire	16	33 %
Diaphorèse	Diaphorèse	14	29 %
Pouls	Pouls	12	25 %
Tension Artérielle	Tension Artérielle	10	21 %
Difficultés AVD/AVQ	Difficultés AVD/AVQ	8	17 %
Saturation	Saturation	7	15 %
Agitation	Agitation	3	6 %
Total général		NA	NA

Dans la situation clinique simulé 4, le patient est porteur d'une stomie. Le tableau 8 comporte les signes et symptômes indiquant que la condition de santé actuelle du patient est précaire. Lors de la visite à domicile de l'étudiante, le patient dit se sentir plus fatigué et plus essoufflé depuis quelques jours. De plus, le patient mentionne vider le sac de sa stomie plus fréquemment qu'à l'habitude. Suite à l'évocation des symptômes, il est

demandé aux observatrices de cocher les signes et symptômes pouvant indiquer la précarité de sa condition. Au total, les participantes ont 21 choix de signes et symptômes possibles. Les signes et symptômes ne sont pas tous présents dans cette situation. Donc, afin de faciliter la complétion de cette question, les réponses sous forme de cases à cocher a été optée.

Tableau 8

Fréquence et proportion des signes et symptômes obtenus pour la question 2 du scénario du choc hypovolémique

Signes et symptômes attendus	Réponses inscrites par les étudiantes	Fréquence	Proportion
Saignements actifs	Saignements actifs	48	100 %
Pouls	Pouls	46	96 %
Tension Artérielle	Tension Artérielle	40	83 %
Dyspnée	Dyspnée	31	65 %
Étourdissements	Étourdissements	30	63 %
Respiration (rythme)	Respiration (rythme)	14	29 %
Saturation	Saturation	12	25 %
Difficulté AVD/AVQ	Difficulté AVD/AVQ	2	4 %
Diaphorèse	Diaphorèse	1	2 %
Nausées	-	-	-
	Verbalisation du patient	31	65 %
Total général		NA	NA

Dans la situation clinique simulée, le patient est suivi pour un cancer du côlon et la raison de la visite est une ponction veineuse. Toutefois, le patient exprime le fait de ne pas bien dormir et se sent plus épuisé. En questionnant le patient sur son quotidien, l'étudiante doit détecter les paroles indiquant un risque suicidaire. De plus, à exactement

11 minutes du début du scénario, le patient verbalise plus ouvertement ses idées suicidaires. Suite aux paroles du patient simulé, il est attendu que les participantes constatent un risque suicidaire urgent. Le tableau 9 représente la cotation de la priorité d'urgence lorsque l'on doit intervenir chez un patient ayant des idées suicidaires.

Tableau 9

Priorisation en lien avec le protocole de l'urgence suicidaire. Réponses obtenues pour la question 2 du scénario de l'urgence suicidaire

Réponse attendue	Réponses choisies par les étudiantes	Fréquence	Proportion
Risque suicidaire urgent	Risque suicidaire urgent	37	77 %
	Risque suicidaire moyen à urgent	6	13 %
	Risque suicidaire faible à moyen	2	4 %
	Manque de support dans le réseau de soutien	2	4 %
	Manque de connaissance envers la mx	1	2%
Total général		48	100 %

Le tableau 10 est en lien avec le scénario de l'intoxication accidentelle avec de la médication et représente les actions possibles à poser auprès d'un patient qui se laisse choir sur le sol suite à une faiblesse. La raison du suivi infirmier dans cette situation est visite à domicile en raison d'une diminution de l'état général du patient rapporté par la conjointe de ce dernier. Le patient est porteur d'une sonde à demeure et lors de son dernier rendez-vous chez l'urologue le patient aurait contracté une gastroentérite. Puisque le patient s'est laissé choir sur le sol, il faut l'évaluer avant même de le mobiliser pour s'assurer que la quasi chute ne lui a pas occasionné de lésions.

Tableau 10

Priorisation en lien avec le protocole post-chute. Réponses obtenues pour la question 2 du scénario d'une intoxication accidentelle avec de la médication

Réponse attendue	Réponses inscrites par les étudiantes	Fréquence	Proportion
Évaluer la personne avant de la mobiliser	Évaluer la personne avant de la mobiliser	45	94 %
	Appeler la coordonnatrice du SAD	2	4 %
	Appeler le 911	1	2 %
Total général		48	100 %

Les tableaux 11 à 16 font référence à la compilation des réponses à la question 3 pour les six scénarios. Pour tous les scénarios, des réponses sous forme de cases à cocher ont été demandées. Le tableau 11 présente la fréquence ainsi que la proportion des diagnostics infirmiers possibles dans le cadre du déroulement du scénario de la brûlure. La perte de sensibilité aux membres inférieurs est la réponse qui était attendue dans ce scénario.

Tableau 11

Fréquence et proportion des diagnostics infirmiers obtenus pour la question 3 du scénario de la brûlure

Diagnostic attendu	Réponses cochées par les étudiantes	Fréquence	Proportion
Perte de sensibilité aux membres inférieurs	Perte de sensibilité aux membres inférieurs	17	36 %
	Aucune réponse	13	27 %
	Manque de connaissance envers la maladie	11	23 %
	Risque de dégradation de la plaie	4	8 %
	Tous les choix de réponses	3	6 %
Total général		48	100 %

Le tableau 12 fait référence aux signes et symptômes présents, dans le scénario 2, lors d'un choc anaphylactique. Dans un contexte de soins à domicile, la prise des signes vitaux n'est pas toujours effectuée d'emblée. Chez une personne en bonne santé, nécessitant un suivi post-opératoire, la prise de signes vitaux s'effectue selon le jugement de l'infirmière. Dans ce tableau, il n'y a pas de total général, puisque c'est la fréquence ainsi que la proportion de chaque signe et symptôme qui est présenté.

Tableau 12

Fréquence et proportion des signes et symptômes obtenus pour la question 3 du scénario du choc anaphylactique

Signes et symptômes devant être notés par les étudiantes suite à l'anaphylaxie	Réponses inscrites par les étudiantes	Fréquence	Proportion
Dyspnée	Dyspnée	41	85 %
Respiration post réaction	Respiration post réaction	40	83 %
Saturation post réaction	Saturation post réaction	37	77 %
Pouls post réaction	Pouls post réaction	31	65%
Tension Artérielle post réaction	Tension Artérielle post réaction	28	58 %
Diaphorèse	Diaphorèse	22	46 %
Étourdissements	Étourdissements	20	42 %
Agitation	Agitation	15	31 %
	Allergie connue	32	67 %
	Médication	31	65 %
	Respiration initiale	24	50 %
	Saturation initiale	23	48 %
	Pouls initial	19	40 %
	Raison du suivi infirmier	16	33 %
	Tension Artérielle initiale	16	33 %
	Tremblements	12	25 %
	Température post réaction	11	23 %
	Température initiale	10	21 %
	Glycémie	4	8 %
Total général		NA	NA

Le tableau 13 expose les interventions possibles lors d'un arrêt cardiorespiratoire chez un adulte. Dans le cadre du scénario du choc cardiogénique, la réponse attendue est l'appel au 911. Il est reconnu que chez un adulte, la raison d'un arrêt cardiorespiratoire est souvent un trouble du rythme. Cette urgence nécessite l'utilisation d'un défibrillateur

externe afin de procéder à la réanimation clinique (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 2016).

Tableau 13

*Priorisation en lien avec le protocole pour un arrêt cardiorespiratoire chez un adulte.
Réponses obtenues pour la question 3 du scénario du choc cardiogénique*

Intervention attendue	Réponses inscrites par les étudiantes	Fréquence	Proportion
Appeler le 911	Appeler le 911	33	69 %
	Commencer le massage cardiaque	9	19 %
	Évaluer l'état de conscience	6	12 %
Total général		48	100 %

Dans le tableau 14, la présentation des interventions possibles lors de la présence d'un saignement actif d'une stomie est exposée. Puisque la situation se déroule dans un contexte de soins à domicile, l'appel au 911 est l'intervention ciblée.

Tableau 14

Priorisation en lien avec la présence d'un saignement actif chez un adulte. Réponses obtenues pour la question 3 du scénario du choc hypovolémique

Intervention attendue	Réponses inscrites par les étudiantes	Fréquence	Proportion
Appeler le 911	Appeler le 911	34	71 %
	Appeler la coordonnatrice du SAD	9	19 %
	Appeler la clinique du Coumadin	3	6 %
	Réévaluer les signes vitaux du patient	2	4 %
Total général		48	100 %

Le tableau 15 expose la réponse obtenue chez les participantes dans un contexte d'urgence suicidaire en soins à domicile. Toutes les participantes ont inscrit en premier lieu, l'appel au service d'urgence.

Tableau 15

Priorisation en lien avec une urgence suicidaire chez un adulte. Réponse obtenue pour la question 3 du scénario de l'urgence suicidaire

Intervention attendue	Réponse inscrite par les étudiantes	Fréquence	Proportion
Appeler le 911	Appeler le 911	48	100 %
Total général		48	100 %

Le tableau 16 présente les diagnostics infirmiers pouvant expliquer la condition clinique du patient dans le scénario de l'intoxication accidentelle avec de la médication.

Il s'agit d'un patient ayant eu une gastroentérite durant 48 heures et à qui une nouvelle médication pour stabiliser sa pression artérielle a été prescrite. De plus, lors du questionnaire relatif à l'hydratation, l'aboutissement d'un constat d'une hydratation insuffisante suite à la perte de liquide engendrée par la gastroentérite était un objectif visé.

Tableau 16

Fréquence et proportion des diagnostics infirmiers pouvant expliquer la diminution de l'état général du patient. Réponses obtenues pour la question 3 du scénario de l'intoxication accidentelle avec de la médication

Diagnostiques attendus	Réponses cochées par les étudiantes	Fréquence	Proportion
Hydratation insuffisante	Hydratation insuffisante	43	90 %
Gastroentérite X 48 heures	Gastroentérite X 48 heures	45	94 %
Nouvelle médication prescrite	Nouvelle médication prescrite	40	83 %
	Insuffisance cardiaque	3	6 %
	Sonde à demeure en place	1	2 %
Total général		NA	NA

Les tableaux 17 à 22 illustrent les réponses obtenues pour la question 4 de tous les scénarios. Une compilation des termes utilisés par les étudiantes a été faite afin de permettre le regroupement des réponses sous un même thème (Appendice E). La question est : « Suite à votre observation du scénario, faites ressortir en ordre d'importance (du plus important au moins important) 3 points qui doivent être abordés lors du débriefing en raison d'erreurs techniques, de jugement ou de maladresse dans la procédure d'exécution ». Les réponses de chaque scénario sont présentées dans le tableau sous forme de trois colonnes, du plus important au moins important. La fréquence est présentée entre

parenthèse à côté des chiffres obtenus afin d'alléger le tableau. Il est aussi important de souligner que pour toutes les questions 4 de chacun des scénarios, les étudiantes n'ont pas donné, tel que demandé, trois points importants. La fréquence des réponses obtenues est indiquée à la dernière ligne de chaque tableau sous le libellé : total général.

Tableau 17

Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 4 du scénario de la brûlure

Points à améliorer (28 distincts)	Fréquence 1^{ère} Réponse	Fréquence 2^e Réponse	Fréquence 3^e Réponse
Évaluation de la plaie	7 (15 %)	1 (2 %)	-
Enseignement au patient	6 (13 %)	6 (13 %)	4 (8 %)
Soulagement de la douleur	4 (8 %)	1 (2 %)	1 (2 %)
Respect de la technique de soin	4 (8 %)	3 (6 %)	2 (4 %)
Évaluation de la condition physique générale	3 (6 %)	2 (4 %)	3 (6 %)
Mauvaise évaluation de l'observatrice p/r leader au cours de la situation	3 (6 %)	3 (6 %)	2 (4 %)
Préparation du matériel	3 (6 %)	2 (4 %)	1 (2 %)
Évaluation de la glycémie	2 (4 %)	2 (4 %)	-
Relation d'aide	2 (4 %)	2 (4 %)	1 (2 %)
Trouver des données objectives au dossier	2 (4 %)	-	-
Contact patient	1 (2 %)	-	-
Évaluation de la condition mentale	1 (2 %)	1 (2 %)	1 (2 %)
Évaluation des signes vitaux	1 (2 %)	2 (4 %)	2 (4 %)
Évaluation de la douleur	1 (2 %)	1 (2 %)	-
Évaluation du PQRSTU	1 (2 %)	2 (4 %)	1 (2 %)
Évaluation de l'environnement	1 (2 %)	-	-
Évaluation des connaissances du patient	1 (2 %)	2 (4 %)	1 (2 %)
Professionnalisme	1 (2 %)	-	-
Respect aseptie	1 (2 %)	2 (4 %)	1 (2 %)
Respect du plan de Traitement	1 (2 %)	1 (2 %)	-

Tableau 17

Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 4 du scénario de la brûlure (suite)

Points à améliorer (28 distincts)	Fréquence 1^{ère} Réponse	Fréquence 2^e Réponse	Fréquence 3^e Réponse
Adaptation au scénario (1)	-	2 (4 %)	2 (4 %)
Questionnaire sur suivi des mx (41)	-	2 (4 %)	1 (2 %)
Évaluation de l'état nutritionnel (30)	-	1 (2 %)	2 (4 %)
Structure de l'évaluation (52)	-	1 (2 %)	-
Évaluation des AVD/AVQ (29)	-	-	5 (10 %)
Installation sécuritaire/confortable du patient (34)	-	-	1 (2 %)
Lavage des mains (35)	-	-	1 (2 %)
Suivi avec autres professionnels (50)	-	-	1 (2 %)
Total général	46 (96 %)	39 (81 %)	33 (69 %)

Tableau 18

Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 4 du scénario du choc anaphylactique

Points à améliorer (26 distincts)	Fréquence 1^{ère} Réponse	Fréquence 2^e Réponse	Fréquence 3^e Réponse
Réaction face aux complications (6 (13 %)	2 (4 %)	1 (2 %)
Trouver des données objectives au dossier	6 (13 %)	4 (8 %)	2 (4 %)
Évaluation des signes vitaux	5 (10 %)	4 (8 %)	-
Administration de la mx	4 (8 %)	5 (10 %)	2 (4 %)
Appeler au 911	4 (8 %)	4 (8 %)	4 (8 %)
Respect du protocole	4 (8 %)	4 (8 %)	-
Manque de connaissances du leader sur le soin à effectuer	3 (6 %)	-	1 (2 %)
Préparation du matériel	3 (6 %)	1 (2 %)	5 (10 %)
Installation sécuritaire/confortable du patient	2 (4 %)	1 (2 %)	2 (4 %)
Relation d'aide	2 (4 %)	3 (6 %)	1 (2 %)
Communication avec le patient	1 (2 %)	-	1 (2 %)
Enseignement au patient	1 (2 %)	-	-
Évaluation de la condition physique générale	1 (2 %)	-	-
Reprise des signes vitaux	1 (2 %)	1 (2 %)	-
Évaluation de la condition respiratoire	1 (2 %)	2 (4 %)	1 (2 %)
Évaluation du PQRSTU	1 (2 %)	1 (2 %)	1 (2 %)
Questionnaire sur suivi des mx	1 (2 %)	-	-
Recherche de solutions	1 (2 %)	-	-
Auscultation	-	2 (4 %)	-

Tableau 18

Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 4 du scénario du choc anaphylactique (suite)

Points à améliorer (26 distincts)	Fréquence 1^{ère} Réponse	Fréquence 2^e Réponse	Fréquence 3^e Réponse
Contact avec le patient	-	-	1 (2 %)
Évaluation des AVD/AVQ	-	1 (2 %)	-
Lavage des mains	-	1 (2 %)	-
Adaptation au scénario	-	1 (2 %)	-
Évaluation du site IV	-	-	1 (2 %)
Mauvaise évaluation de l'observatrice p/r leader au cours de la situation	-	3 (6 %)	2 (4 %)
Suivi avec autres professionnels	-	-	1 (2 %)
Total général	47 (98%)	40 (83 %)	26 (54 %)

Tableau 19

Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 4 du scénario du choc cardiogénique

Points à améliorer (23 distincts)	Fréquence 1^{ère} Réponse	Fréquence 2^e Réponse	Fréquence 3^e Réponse
Respect de la technique de soins	9 (19 %)	8 (17 %)	3 (6 %)
Évaluation de la douleur	7 (15 %)	1 (2 %)	-
Évaluation du PQRSTU	6 (13 %)	4 (8 %)	2 (4 %)
Réaction face aux complications	5 (10 %)	-	2 (4 %)
Appeler le 911	4 (8 %)	2 (4 %)	2 (4 %)
Évaluation de la condition physique générale	3 (6 %)	1 (2 %)	-
Évaluation des signes vitaux	3 (6 %)	-	2 (4 %)
Installation confortable/sécuritaire du patient	3 (6 %)	4 (8 %)	1 (2 %)
Mauvaise évaluation de l'observatrice p/r leader au cours de la situation	2 (4 %)	2 (4 %)	2 (4 %)
Adaptation au scénario	1 (2 %)	-	-
Auscultation	1 (2 %)	-	1 (2 %)
Évaluation de la condition respiratoire	1 (2 %)	2 (4 %)	-
Évaluation de la condition cardiaque	1 (2 %)	3 (6 %)	-
Structure de l'évaluation	1 (2 %)	1 (2 %)	-
Trouver les données objectives au dossier	1 (2 %)	3 (6 %)	-
Appeler le médecin	-	2 (4 %)	-
Manque de connaissances du leader sur le soin à effectuer	-	2 (4 %)	1 (2 %)
Évaluation de l'environnement	-	1 (2 %)	-
Préparation du matériel	-	1 (2 %)	2 (4 %)
Questionnaire sur suivi des mx	-	1 (2 %)	-

Tableau 19

Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 4 du scénario du choc cardiogénique

Points à améliorer (23 distincts)	Fréquence 1^{ère} Réponse	Fréquence 2^e Réponse	Fréquence 3^e Réponse
Administration de la mx	-	-	1 (2 %)
Enseignement au patient	-	-	1 (2 %)
Lavage des mains	-	-	1 (2 %)
Total général	47 (98%)	38 (79 %)	21 (43 %)

Tableau 20

Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 4 du scénario du choc hypovolémique

Points à améliorer (26 distincts)	Fréquence 1^{ère} Réponse	Fréquence 2^e Réponse	Fréquence 3^e Réponse
Évaluation de la stomie	9 (19 %)	4 (8 %)	5 (10 %)
Appeler le 911	6 (13 %)	3 (6 %)	-
Évaluation des signes vitaux	5 (10 %)	1 (2 %)	1 (2 %)
Reprise des signes vitaux	5 (10 %)	8 (17 %)	1 (2 %)
Évaluation de la condition respiratoire	3 (6 %)	-	1 (2 %)
Trouver les données objectives au dossier	3 (6 %)	3 (6,2 %)	1 (2 %)
Appeler l'ASI	2 (4 %)	-	1 (2 %)
Enseignement au patient	2 (4 %)	-	3 (6 %)
Évaluation de la condition physique générale	2 (4 %)	5 (10 %)	1 (2 %)
Évaluation du PQRSTU	2 (4 %)	2 (4 %)	-
Réaction face aux complications	2 (4 %)	2 (4 %)	2 (4 %)
Évaluation de l'état nutritionnel	1 (2 %)	-	2 (4 %)
Mauvaise évaluation de l'observatrice p/r leader au cours de la situation	1 (2 %)	3 (6 %)	-
Suivi avec autres professionnels	1 (2 %)	-	-
Structure de l'évaluation	1 (2 %)	2 (4 %)	-
Manque de connaissances du leader sur le soin à effectuer	-	2 (4 %)	-
Appeler pharmacie	-	1 (2 %)	-
Communication avec le patient	-	1 (2 %)	1 (2 %)
Évaluation post-chute	-	1 (2 %)	-
Installation sécuritaire/confortable du patient	-	1 (2 %)	-

Tableau 20

Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 4 du scénario du choc hypovolémique (suite)

Points à améliorer (26 distincts)	Fréquence 1^{ère} Réponse	Fréquence 2^e Réponse	Fréquence 3^e Réponse
Questionnaire sur le suivi des mx	-	1 (2 %)	-
Appeler le médecin	-	-	1 (2 %)
Évaluation de la condition mentale	-	-	1 (2 %)
Évaluation de la condition cardiaque	-	-	1 (2 %)
Respect de l'asepsie	-	-	1 (2 %)
Relation d'aide	-	-	1 (2 %)
Total général	45 (94 %)	40 (83 %)	24 (50 %)

Tableau 21

Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 4 du scénario de l'urgence suicidaire

Points à améliorer (20 distincts)	Fréquence 1^{re} Réponse	Fréquence 2^e Réponse	Fréquence 3^e Réponse
Évaluation des idées suicidaires	20 (42 %)	3 (6 %)	1 (2 %)
Appeler le 911	6 (13 %)	-	2 (4 %)
Évaluation de la condition mentale	5 (10 %)	5 (10 %)	1 (2 %)
Communication avec le patient	2 (4 %)	-	1 (2 %)
Intervention des risques suicidaires	2 (4 %)	7 (15 %)	3 (6 %)
Relation d'aide	2 (4 %)	-	-
Contact avec le patient	1 (2 %)	1 (2 %)	-
Évaluation du PQRSTU	1 (2 %)	-	-
Évaluation de l'état nutritionnel	1 (2 %)	-	-
Mauvaise évaluation de l'observatrice p/r leader au cours de la situation	1 (2 %)	3 (6 %)	-
Professionnalisme	1 (2 %)	-	-
Questionnaire sur suivi des mx	1 (2 %)	-	1 (2 %)
Structure de l'évaluation	-	3 (6 %)	-
Évaluation de la douleur	-	1 (2 %)	-
Évaluation de l'environnement	-	1 (2 %)	-
Lavage des mains	-	1 (2 %)	-
Suivi avec autres professionnels	-	1 (2 %)	-
Enseignement au patient	-	-	2 (4 %)
Évaluation des connaissances du patient	-	-	1 (2 %)
Recherche de solutions	-	-	1 (2 %)
Total général	43 (90 %)	26 (54 %)	13 (27 %)

Tableau 22

Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 4 du scénario de l'intoxication accidentelle avec de la médication

Points à améliorer (25 distincts)	Fréquence 1^{ère} Réponse	Fréquence 2^e Réponse	Fréquence 3^e Réponse
Évaluation post-chute	16 (33 %)	5 (10 %)	5 (10 %)
Mauvaise évaluation de l'observatrice p/r leader au cours de la situation	4 (8 %)	2 (4 %)	1 (2 %)
Évaluation de l'état nutritionnel	3 (6 %)	1 (2 %)	1 (2 %)
Installation sécuritaire/confortable du patient	3 (6 %)	1 (2 %)	2 (4 %)
Évaluation de la condition physique générale	3 (6 %)	4 (8 %)	1 (2 %)
Évaluation des signes vitaux	2 (4 %)	2 (4 %)	-
Évaluation de la condition respiratoire	2 (4 %)	-	-
Appeler la pharmacie	2 (4 %)	1 (2 %)	-
Évaluation de la fonction rénale	2 (4 %)	3 (6 %)	1 (2 %)
Manque de connaissances du leader sur le soin à effectuer	2 (4 %)	2 (4 %)	2 (4 %)
Appeler le 911	1 (2 %)	3 (6 %)	3 (6 %)
Communication avec le patient	1 (2 %)	1 (2 %)	-
Contact avec le patient	1 (2 %)	-	-
Évaluation de la condition mentale	1 (2 %)	-	-
Évaluation de la condition cardiaque	1 (2 %)	-	-
Lavage des mains	1 (2 %)	-	1 (2 %)
Questionnaire sur le suivi des mx	1 (2 %)	3 (6 %)	-
Structure de l'évaluation	1 (2 %)	-	-
Appeler le médecin	-	2 (4 %)	1 (2 %)
Enseignement au patient	-	2 (4 %)	-

Tableau 22

Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 4 du scénario de l'intoxication accidentelle avec de la médication (suite)

Points à améliorer (25 distincts)	Fréquence 1^{ère} Réponse	Fréquence 2^e Réponse	Fréquence 3^e Réponse
Reprise des signes vitaux	-	2 (4 %)	-
Évaluation de la douleur	-	1 (2 %)	-
Évaluation du PQRSTU	-	1 (2 %)	2 (4 %)
Évaluation de l'environnement	-	1 (2 %)	-
Suivi avec autres professionnels	-	1 (2 %)	-
Total général	47 (98 %)	38 (79 %)	20 (41 %)

Les tableaux 23 à 28 montrent les résultats obtenus à la question 5 de tous les scénarios cliniques. La question est : « Suite à votre observation du scénario, faites ressortir 1 point positif qui mérite d'être souligné lors du débriefing en lien avec la performance de votre collègue ». Le même mode de présentation qu'à la question précédente a été effectué soit, que chaque scénario est représenté à l'aide d'un tableau étant composé de trois colonnes représentant les points positifs étant soulevés par les observatrices. Également, la même compilation des termes utilisés par les étudiantes a été utilisée (Appendice E). Pour la colonne fréquence, la parenthèse représente le nombre de répondantes ayant choisi l'élément mentionné. Lors de cette question, il était demandé un point positif par scénario, mais certaines observatrices en ont mis plus d'un ce qui explique les trois colonnes du tableau.

Tableau 23

Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 5 du scénario de la brûlure

Points positifs (14 points distincts)	Fréquence 1^{ère} Réponse	Fréquence 2^e Réponse	Fréquence 3^e Réponse
Contact patient	20 (42 %)	-	-
Communication avec le patient	6 (13 %)	-	-
Enseignement au patient	6 (13 %)	1 (2 %)	1 (2 %)
Évaluation de la condition physique générale	2 (4 %)	-	-
Évaluation de la douleur	2 (4 %)	1 (2 %)	-
Évaluation des connaissances du patient	2 (4 %)	-	-
Adaptation au scénario	2 (4 %)	-	-
Débrouillardise	2 (4 %)	-	-
Soulagement de la douleur	2 (4 %)	-	-
Professionnalisme	1 (2 %)	1 (2 %)	-
Respect aseptie	1 (2 %)	-	-
Recherche de solutions	1 (2 %)	2 (4 %)	-
Respect (attitude)	-	1 (2 %)	-
Vouvoiement	-	-	1 (2 %)
Total général	47 (98%)	6 (12 %)	2 (4 %)

Tableau 24

Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 5 du scénario du choc anaphylactique

Points positifs (18 distincts)	Fréquence 1^{ère} Réponse	Fréquence 2^e Réponse	Fréquence 3^e Réponse
Réaction face aux complications	10 (21 %)	1 (2 %)	-
Contact avec le patient	9 (19 %)	1 (2 %)	-
Évaluation de la condition physique générale	6 (13 %)	1 (2 %)	-
Appeler au 911	4 (8 %)	4 (8 %)	-
Communication avec le patient	4 (8 %)	1 (2 %)	-
Enseignement au patient	4 (8 %)	-	-
Débrouillardise	2 (4 %)	-	-
Relation d'aide	2 (4 %)	-	-
Administration de la mx	1 (2 %)	-	-
Évaluation de la plaie	1 (2 %)	-	-
Évaluation de la douleur	1 (2 %)	-	-
Professionnalisme	1 (2 %)	-	-
Respect de la technique de soins	1 (2 %)	-	-
Suivi avec autres professionnels	1 (2 %)	-	1 (2 %)
Trouver des données objectives au dossier	1 (2 %)	-	-
Évaluation des signes vitaux	-	1 (2 %)	-
Évaluation de la condition neurovasculaire	-	2 (4 %)	-
Évaluation du PQRSTU	-	1 (2 %)	-
Total général	48 (100 %)	12 (25 %)	1 (2 %)

Tableau 25

Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 5 du scénario du choc cardiogénique

Points positifs (16 distincts)	Fréquence 1^{ère} Réponse	Fréquence 2^e Réponse	Fréquence 3^e Réponse
Contact avec le patient	9 (19 %)	1 (2 %)	-
Respect de la technique de soins	8 (17 %)	-	-
Réaction face aux complications	8 (17 %)	2 (4,2%)	-
Évaluation de la condition physique générale	7 (15 %)	1 (2 %)	-
Appeler le 911	4 (8 %)	-	-
Évaluation de la condition respiratoire	3 (6 %)	1 (2 %)	-
Évaluation des signes vitaux	2 (4 %)	-	-
Adaptation au scénario	1 (2 %)	-	-
Enseignement au patient	1 (2 %)	-	-
Évaluation de la douleur	1 (2 %)	-	1 (2 %)
Évaluation de l'état nutritionnel	1 (2 %)	-	-
Installation confortable/sécuritaire du patient	1 (2 %)	-	-
Respect (attitude)	1 (2 %)	-	-
Suivi avec autres professionnels	1 (2 %)	-	-
Évaluation du PQRSTU	-	1 (2 %)	-
Relation d'aide	-	1 (2 %)	-
Total général	48 (100 %)	7 (14 %)	1 (2 %)

Tableau 26

Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 5 du scénario du choc hypovolémique

Points positifs (17 distincts)	Fréquence 1^{ère} Réponse	Fréquence 2^e Réponse	Fréquence 3^e Réponse
Contact avec le patient	9 (19 %)	-	-
Réaction face aux complications	9 (19 %)	-	-
Relation d'aide	8 (17 %)	1 (2 %)	-
Communication avec le patient	5 (10 %)	-	-
Évaluation de la condition mentale	3 (6 %)	-	-
Évaluation de la condition physique générale	3 (6 %)	1 (2 %)	-
Évaluation du PQRSTU	3 (6 %)	2 (4 %)	-
Appeler le 911	1 (2 %)	-	-
Appeler l'ASI	1 (2 %)	-	-
Enseignement au patient	1 (2 %)	-	-
Évaluation des signes vitaux	1 (2 %)	-	-
Évaluation de la stomie	1 (2 %)	1 (2 %)	-
Évaluation de la condition respiratoire	1 (2 %)	-	-
Professionnalisme	1 (2 %)	1 (2 %)	-
Suivi avec autres professionnels	1 (2 %)	-	-
Trouver les données objectives au dossier	-	1 (2 %)	-
Installation sécuritaire/confortable du patient	-	-	1 (2 %)
Total général	48 (100 %)	7 (14 %)	1 (2 %)

Tableau 27

Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 5 du scénario de l'urgence suicidaire

Points positifs (12 distincts)	Fréquence 1^{ère} Réponse	Fréquence 2^e Réponse	Fréquence 3^e Réponse
Relation d'aide	15 (31 %)	2 (4 %)	-
Intervention des risques suicidaires	7 (15 %)	2 (4 %)	-
Évaluation des idées suicidaires	6 (13 %)	2 (4 %)	-
Communication avec le patient	5 (10 %)	5 (10 %)	-
Contact avec le patient	5 (10 %)	-	-
Appeler le 911	3 (6 %)	-	1 (2 %)
Évaluation de la condition physique générale	3 (6 %)	2 (4 %)	-
Évaluation de la condition mentale	1 (2 %)	-	-
Évaluation de l'environnement	1 (2 %)	-	-
Réaction face aux complications	1 (2 %)	1 (2 %)	-
Recherche de solutions	1 (2 %)	1 (2 %)	-
Structure de l'évaluation	-	1 (2 %)	-
Total général	48 (100 %)	16 (33 %)	1 (2 %)

Tableau 28

Fréquence et proportion des réponses obtenues pour la question 5 du scénario de l'intoxication accidentelle avec de la médication

Points positifs (11 distincts)	Fréquence 1^{ère} Réponse	Fréquence 2^e Réponse	Fréquence 3^e Réponse
Évaluation de la condition physique générale	18 (38 %)	1 (2 %)	-
Contact avec le patient	10 (21 %)	1 (2 %)	-
Réaction face aux complications	6 (13 %)	-	-
Appeler l'ASI	3 (6 %)	-	-
Communication avec le patient	3 (6 %)	-	-
Enseignement au patient	3 (6 %)	4 (8 %)	-
Appeler la pharmacie	1 (2 %)	-	-
Évaluation de l'état nutritionnel	1 (2 %)	-	-
Évaluation des connaissances du patient	1 (2 %)	-	-
Professionnalisme	1 (2 %)	-	-
Relation d'aide	1 (2 %)	-	-
Total général	48 (100 %)	6 (12 %)	0

Ceci termine la section sur la présentation des résultats. La discussion de ces derniers fait l'objet du prochain chapitre.

Chapitre 5 : Discussion

Ce dernier chapitre porte sur la discussion des résultats présentés au chapitre précédent. Il est divisé en cinq sections, soit une section par question (question 1 à 5), et ce, pour chacun des scénarios cliniques 1 à 6.

Présentation de la question 1 (scénarios 1 à 6)

La question est : « Quelle est la priorité d'action dans cette situation clinique suite à la consultation du dossier? » Cette question est la même pour les six scénarios cliniques et comporte 18 possibilités de choix de réponses à cocher. Cette question vise à vérifier si les étudiantes se sont préparées à l'activité de SCHF. Pour tous les scénarios simulés, le taux de participation à cette réponse a été de 100 % (n = 48). Pour cette question, si une étudiante a mis plus d'un choix, la compilation des données s'effectue du haut (première réponse) vers le bas (deuxième réponse). Il est à noter qu'entre 11 à 19 % des étudiantes ont mis plus d'un choix de réponse à cette question, malgré le fait qu'il n'y avait qu'une priorité d'action demandée. Ceci engendre un questionnement chez la chercheure à savoir si ces étudiantes sont capables d'établir la priorité ou bien si elles veulent à tout prix avoir la bonne réponse, donc en indique plus d'une. Ainsi, afin d'éviter que ce problème se reproduise dans de futures études, il serait important de réfléchir à la possibilité d'informatiser les questionnaires afin d'empêcher la possibilité de mettre plusieurs choix de réponses.

En guise de préparation à l'activité, les étudiantes avaient en leur possession un dossier patient fictif complet, pour chaque scénario, qui leur était remis à l'avance afin

que les étudiantes puissent le consulter lorsqu'elles avaient le temps. De plus, un plan de soins leur était remis ciblant la raison du suivi infirmier. La période de briefing, qui se déroulait le jour même de la simulation, permettait aussi aux étudiantes de poser des questions et de discuter du cas clinique au besoin.

Pour le scénario de la brûlure, 88 % des étudiantes ont obtenu la bonne réponse « soins de plaie ». Les deux autres priorités compilées sont respectivement « l'évaluation des signes vitaux » à 10 % et « suivi stomothérapie » à 2 %. Ces deux autres priorités ne sont pas en lien direct avec la situation clinique et peuvent peut-être s'expliquer par le fait que 14 % des étudiantes ont décidé de mettre une deuxième réponse à cette question. Toutefois, il est assez étonnant de voir suivi stomothérapie puisque la patiente n'a aucune stomie.

Dans le scénario du choc anaphylactique, 73 % étudiantes ont eu la bonne réponse « administration de médication intraveineuse en soins à domicile ». Par contre, dans l'histoire clinique, le patient simulé avait subi une chirurgie récente ce qui peut expliquer que 15 % d'étudiantes ont mis « suivi postopératoire » comme priorité de soins au lieu de l'administration de médication. Toutefois, le plan de soins mis à la disposition des étudiantes indiquait clairement que la visite à domicile avait comme but de procéder à l'administration de la médication par voie intraveineuse. Cette réponse démontre que le fonctionnement quotidien du soutien à domicile (feuille de route, raison de suivi) peut certainement être mieux enseigné et mieux lu.

Concernant le scénario du choc cardiogénique, 80 % des participantes ont mis la bonne réponse « ponction veineuse ». Les quatre autres choix de réponses obtenues ne sont pas en lien avec l'histoire clinique de départ et amène la chercheuse à se questionner sur le fait que les étudiantes n'ont probablement pas consulté tous les documents à leur disposition. Les raisons de ce manque de consultation peuvent être un manque de temps, d'intérêt ou de compréhension du dossier. Il est difficile de connaître exactement la raison et il faudrait prévoir une manière de questionner les étudiantes n'ayant pas eu la bonne réponse lors d'une prochaine recherche.

Quant au scénario du choc hypovolémique, 78 % des étudiantes ont écrit « suivi stomothérapie » qui est la réponse attendue. De plus, 10 % des étudiantes ont indiqué un suivi postopératoire ce qui pourrait être logique, puisque la stomie résulte d'une chirurgie. Toutefois, dans le dossier du patient simulé, il est clairement indiqué que la chirurgie datait de plus de quatre mois ce qui fait en sorte que le suivi postopératoire n'est plus acceptable, puisqu'il dépasse la limite de temps pour ce type de suivi en soutien à domicile. Ainsi, l'enseignement quant au fonctionnement des suivis en soutien à domicile pourrait probablement être amélioré afin que les informations pertinentes qui se trouvent au dossier puissent être bien comprises par les étudiantes.

Pour le scénario de l'urgence suicidaire, 80 % des étudiantes ont indiqué la bonne priorité d'intervention, soit « ponction veineuse ». Au départ, le scénario mentionne un diagnostic de cancer ayant des suivis nécessitant des ponctions veineuses dans un contexte

de soins à domicile. Les autres interventions prioritaires obtenues ne sont pas en lien avec les informations du départ (tableau 4). Il faudrait s'assurer d'enseigner aux étudiantes l'importance de se fier au plan de soins disponible dans le dossier du patient pour émettre la priorité de départ lorsque celles-ci n'ont pas encore rendu visite au patient.

Finalement, le scénario de l'intoxication accidentelle avec de la médication concernait un patient dont la conjointe avait effectué un appel pour un problème ponctuel (faiblesse suite à une gastroentérite). Le patient a un suivi en soins à domicile pour une sonde à demeure. Ce scénario est celui comportant le plus de variabilité dans les réponses obtenues. La réponse attendue est « suivi pour problème ponctuel » et 29 % des étudiantes ont inscrit cette réponse. Suivent dans l'ordre, le suivi mensuel 25 %, le suivi de sonde à demeure 21 % et l'évaluation des signes vitaux 17 %. Ceci soulève de nouveau le constat concernant le manque de connaissances quant au fonctionnement du soutien à domicile. En effet, lorsqu'un patient est suivi mensuellement et que celui-ci nécessite un suivi pour un problème ponctuel, ce problème devient la priorité d'intervention pour l'infirmière. Il devient donc important d'expliquer aux étudiantes que la priorité de départ peut parfois changer en cours de suivi tout comme la condition de santé du patient. Conséquemment, les étudiantes doivent être à l'affût des besoins bio-psycho-sociaux du patient afin de toujours optimiser les visites à domicile et d'être préparées pour l'intervention de soins.

L'analyse des réponses à la question 1 portant sur la préparation que les étudiantes doivent faire avant de se présenter auprès du patient fait ressortir qu'une moyenne de

70 % des étudiantes ont inscrit la bonne priorité. De ce fait, il est possible de croire que celles-ci ont pris connaissance et qu'elles comprenaient la documentation mise à leur disposition. Pour le 30 % des étudiantes n'ayant pas indiqué la bonne priorité d'intervention, il faut mentionner que certaines réponses étaient quand même plausibles (pour au moins 15 % d'entre elles). Pour les autres difficultés, il est possible de croire qu'une sensibilisation au fonctionnement du soutien à domicile pourrait améliorer les résultats ou que certaines étudiantes n'ont pas lu le dossier avant de faire la SCHF par manque d'intérêt ou de temps. Finalement, il faut aussi souligner que l'analyse de données a fait ressortir qu'environ trois étudiantes semblent ne pas avoir pris au sérieux les réponses aux questions puisqu'elles indiquaient plus d'un choix ou tous les choix disponibles lors de la complétion des questions à choix de réponses.

Présentation des questions dirigées 2 et 3 (scénarios 1 à 6)

Les questions varient d'un scénario à l'autre, puisqu'elles sont adaptées à l'évolution voulue du scénario présenté. De plus, ces questions sont dirigées à des moments précis au cours de la SCHF afin d'objectiver la capacité de réflexion chez les étudiantes observatrices. En effet, afin de s'assurer que les étudiantes gardent leur attention sur le déroulement du scénario, la chercheure indique le moment où les étudiantes doivent répondre à une question ce qui permet ensuite d'analyser leur jugement clinique.

La discussion des résultats s'effectue du scénario 1 à 6 respectivement, et ce, pour les résultats de la question 2 (Tableaux 5 à 10) et de la question 3 (Tableaux 11 à 16). La question 2 des scénarios de la brûlure et du choc anaphylactique est sous forme de réponse courte, puisque si un choix avait été proposé aux étudiantes, il aurait été trop aisé de répondre aux questions. Pour toutes les autres questions deux et trois des scénarios, les réponses sous forme de case à cocher ont été choisies afin de réduire le délai de réponse tout en permettant la réflexion lors de la question. L'analyse de ces questions sert à observer si les étudiantes savent ce qui doit être fait lors de l'intervention ainsi que si elles font preuve de jugement clinique afin de bien répondre aux besoins du patient simulé.

Question 2 : Scénario 1

Pour le scénario de la brûlure, la deuxième question consiste à donner une courte réponse objective concernant une raison pour laquelle il est pertinent d'administrer la médication avant d'effectuer le soin de plaies (Tableau 5). Cette question compte un taux de participation de 94 % et, 98 % des répondantes ont émis la bonne réponse, soit que la médication sert à diminuer la douleur. Donc, on peut conclure que cette question est très bien réussie sachant que les étudiantes devaient donner une réponse manuscrite. De plus, si les observatrices avaient été le leader de la situation, il aurait été attendu qu'elles connaissent le protocole à suivre, puisque la bonne réponse a été obtenue à 98 %. Donc, on peut croire que les étudiantes savent pourquoi il est important d'administrer de la médication avant un soin pouvant causer de la douleur. De plus, 6 % des répondantes n'ont pas inscrit de réponse à cette question. Il est à se demander la raison pour laquelle ces

participantes ont décidé de ne pas répondre. On peut supposer qu'elles ne connaissaient pas la réponse ou bien qu'elles n'aient pas pris au sérieux la complétion du questionnaire lors de l'activité de simulation.

Question 2 : Scénario 2

Pour le scénario du choc anaphylactique, la deuxième question est : Suite à la réaction de la personne en lien avec l'administration de l'antibiotique intraveineux, il est tout à fait logique d'arrêter l'antibiotique. Que faites-vous par la suite ? (Tableau 6). La réponse pour cette question est présentée sous forme de courte réponse objective et huit choix différents de réponses ont été recensés. La réponse attendue « l'administration du protocole d'épinéphrine » a été obtenue seulement à 23 %. Ce taux est minime sachant que cette action est prioritaire dans un contexte de choc anaphylactique. Il faut donc penser à revoir l'enseignement de ce protocole auprès des étudiantes.

Concernant les autres réponses obtenues, celles-ci peuvent résulter d'une interprétation des étudiantes, car la deuxième et troisième réponse se rapprochent d'une réponse jugée adéquate dans ce contexte de soins (appel au 911 à 27 % et prise des signes vitaux à 21 %). Par contre, il devient important d'en discuter lors du débriefing afin que les étudiantes comprennent l'importance d'injecter l'épinéphrine avant toute chose, puisqu'il s'agit d'une urgence vitale. Les étudiantes devaient utiliser leur jugement clinique afin de répondre adéquatement à l'urgence de la situation. Par la suite, il est important qu'elles appellent les services d'urgence afin de diriger le patient vers des

services requis par sa situation. Il est tout à fait compréhensible de vouloir prendre les signes vitaux de la personne, d'évaluer sa fonction respiratoire et d'appeler le service d'urgence, mais elles ne sont pas les interventions attendues dans l'immédiat, puisque le temps de réaction est important dans ce contexte. En appliquant le protocole pour une réaction anaphylactique, l'étudiante doit nécessairement évaluer si le patient présente des signes et symptômes d'anaphylactique tout en retirant immédiatement le médicament en cours.

Question 2 : Scénario 3

Pour le scénario 3 (Tableau 7), la deuxième question est : « Quels sont les signes et symptômes qui indiquent que la condition de la personne est précaire ? ». À ce moment précis, le patient simulé présente une douleur rétrosternale (DRS). La question comporte 19 choix possibles sous forme de case à cocher afin de réduire le délai de réponse de l'étudiante. Aucune indication concernant le fait de mettre un ordre au niveau des signes et symptômes présents dans la situation n'était mentionné. Par contre, comme il est décrit dans la partie des résultats, la compilation des données s'est effectuée du haut vers le bas en arrêtant à un maximum de 15 choix. Il faut souligner que 94 % des étudiantes se sont bien impliquées dans l'activité et ont bien répondu à cette question. Il est également à noter que 10 % des répondantes ont mis tous les choix de réponses. Il est à se questionner sur la raison pour laquelle les étudiantes ont inscrit des signes et symptômes non présents et qu'elles aient coché toutes les cases. Il est possible de croire qu'elles ont fait cela en

raison de ne pas vouloir se tromper dans les réponses à donner ou bien par manque d'engagement envers l'activité.

Question 2 : Scénario 4

Le tableau 8 présente la question 2 du scénario du choc hypovolémique. La question demandée est : « Quels signes et symptômes indiquent que la condition de santé actuelle du patient est précaire ? ». Dans la situation clinique simulée, le patient est porteur d'une stomie. Lors de la visite à domicile de l'étudiante, le patient dit se sentir plus fatigué et plus essoufflé depuis quelques jours. De plus, le patient mentionne vider le sac de sa stomie plus fréquemment qu'à l'habitude. Suite à l'évocation des symptômes, il est demandé aux observatrices de cocher leurs réponses. Au total, les participantes ont 21 choix de signes et symptômes possibles. Les signes et symptômes ne sont pas tous présents lors de cette situation. Dix réponses étaient attendues et un symptôme n'a pas été constaté par les étudiantes et était mentionné par le patient standardisé soit, la présence de nausées. Cinq autres signes et symptômes mentionnés dans le tableau 8 ont été sélectionnés par les étudiantes toutefois, ils n'étaient pas présents au cours de la situation clinique. De plus, 10 % des répondantes ont mis tous les choix de réponses. Pour ces étudiantes, on peut croire à la même hypothèse qu'à la question précédente soit, à un manque d'engagement envers l'activité ou une crainte de ne pas avoir la bonne réponse au final. Par contre, il est rassurant de constater que les signes et symptômes d'hémorragie (saignement actif, pouls et tension artérielle) ont été objectivés à plus de 83 % ce qui est encourageant.

Question 2 : Scénario 5

Le tableau 9 illustre les résultats à la question 2 du scénario de l'urgence suicidaire. Cette question porte sur la cotation de la priorité d'urgence lors d'intervention chez un patient ayant des idées suicidaires. Cette évaluation consiste à vérifier si le patient a des idées sur les moyens, un moment et un endroit pour le passage à l'acte suicidaire. Dans la situation clinique simulée, le patient qui reçoit des traitements de radiothérapie, exprime le fait de ne pas bien dormir et se sent plus épuisé. En questionnant le patient sur son quotidien, l'étudiante doit détecter les paroles indiquant un risque suicidaire. C'est à exactement 11 minutes que le patient les verbalise plus ouvertement. Suite aux paroles du patient simulé, il est attendu que les participantes constatent un risque suicidaire urgent et 77 % des participantes l'ont constaté. Par contre, un total de 17 % n'ont pas émis la bonne cotation de priorité, puisqu'elles ont coté le risque moyen à urgent (13 %) et risque faible à moyen (4 %). Ces cotations ne sont pas réalistes puisque le patient avait tous les critères en ce qui concerne un passage à l'acte imminent, soit un moyen (prendre de la médication), un moment (lorsque l'infirmière quittera le domicile) et l'endroit (dans sa demeure). Il est possible de croire que ces participantes ne sont pas familières avec les évaluations du risque suicidaire. Ces renseignements visent à guider l'enseignante sur les sujets importants à discuter lors de l'étape du débriefing qui suit la simulation. Cette stratégie aide l'enseignante puisqu'elle permet la collecte de données en temps réel et permet de constater les différents niveaux de connaissances des étudiantes sur le sujet qui leur est présenté au cours de la SCHF.

Question 2 : Scénario 6

La question 2 du scénario de l'intoxication accidentelle avec de la médication (Tableau 10) représente les actions possibles à poser auprès d'un patient qui se serait laissé choir sur le sol suite à une faiblesse. Puisque le patient a eu une faiblesse qui l'a mené au sol, il faut l'évaluer avant même de le mobiliser pour s'assurer que la quasi-chute ne lui a pas occasionné de lésion. Cette priorisation a été indiquée par 93 % des participantes. Cette proportion indique que les étudiantes savent ce qu'elles doivent faire en cas de chute d'un patient, et ce, peu importe dans quel contexte de soins la chute survient. Comme il a été mentionné dans l'analyse de la question précédente, la réponse adéquate donnée par la majorité des étudiantes permet de guider le débriefing qui suit immédiatement le scénario. Une discussion peut alors être amorcée afin de s'assurer que les notions importantes d'une intervention suite à une chute sont respectées.

Question 3 : Scénario 1

Concernant la troisième question du scénario de la brûlure, 73 % étudiantes ont émis une réponse (Tableau 11). Pour les 27 % des répondantes qui n'ont rien indiqué, ceci s'explique par le fait que l'étudiante leader n'a pas questionné le patient simulé sur l'histoire de sa brûlure comme le demandait la question. Donc, ces répondantes n'ont pas pu effectuer un choix quant au constat possible. La question suggère trois choix de constats possibles sous forme de case à cocher. Premièrement, la perte de sensibilité aux membres inférieurs est la réponse attendue et obtenue dans 35 %. Lorsque l'on questionne

le patient, celui-ci mentionne s'être brûlé le pied dans le bain. Donc, celui-ci n'a pas ressenti le fait que l'eau du bain soit beaucoup trop chaude et c'est ce qui a causé sa brûlure. Par la suite, les réponses données sont, le manque de connaissances envers la maladie à 23 % et le risque de dégradation de la plaie, obtenue à 8 %. Les autres choix ayant été indiqués n'étaient pas de mauvais diagnostics infirmiers, mais ils n'étaient pas prioritaires dans le scénario. Finalement, 6 % ont mis tous les choix possibles de la question. Lors de la compilation des données, il a été possible de constater que ce taux correspond toujours aux mêmes étudiantes ce qui laisse croire qu'elles ne prenaient pas l'activité au sérieux ou qu'elles ont mal compris la question. Ce phénomène se répète également lors des scénarios du choc hypovolémique et de l'intoxication accidentelle avec de la médication.

Question 3 : Scénario 2

Pour la troisième question du scénario du choc anaphylactique (Tableau 12), il est demandé : « Quelles sont les données importantes à transmettre suite à la réaction allergique (choc anaphylactique) ? ». La question comporte 19 choix possibles. Pour cette question, 90 % des étudiantes ont répondu à celle-ci et de ce nombre, 14 % des étudiantes ont coché tous les choix possibles. Les huit réponses attendues sont le rythme de la respiration après la réaction à 83 %, la dyspnée à 77 %, la saturation après la réaction à 75 %, le pouls après la réaction à 65 %, la tension artérielle après la réaction à 59 %, la diaphorèse à 46 %, la présence d'étourdissements à 42 % ainsi que de l'agitation à 31 %. Puisque les signes vitaux ne sont pas toujours pris d'emblée en contexte de soins à

domicile chez un patient en bonne santé, il n'était pas attendu que ces signes soient transmis lors de l'appel au service d'urgence. Lors d'une réaction anaphylactique, il n'est pas indiqué d'effectuer une prise de température, puisque le patient présente déjà un inconfort à respirer. De plus, la présence de tremblements et la prise de glycémie n'étaient pas des éléments qui devaient être transmis lors de l'appel au 911 et ils ne s'appliquaient pas lors de ce scénario clinique. Dans la compilation de cette question, il est à noter que 10 % des répondantes ont coché les 19 choix possibles lors de la passation du questionnaire. Il est donc permis de se demander le sérieux qui a été accordé par ces étudiantes pour cette question. On peut également se questionner sur leur habileté à prendre en charge un patient qui fait un choc anaphylactique. De ce fait, il devient important pour l'enseignante de revenir sur les bonnes pratiques dans le cadre du débriefing concernant les interventions adéquates à dispenser au patient lors d'un tel choc. De plus, il est possible pour l'enseignante de questionner les étudiantes afin de démystifier ce qu'elles savent de ce qui doit être fait.

Question 3 : Scénario 3

Le tableau 13 présente les résultats à la question 3 du scénario du choc cardiogénique soit : « Suite à l'arrêt cardiorespiratoire de la personne quelle est l'action prioritaire à faire? ». Cette question est composée de cinq choix de réponses sous forme de case à cocher. Toutes les répondantes (100 %) ont participé à cette question et les trois réponses obtenues sont : commencer le massage cardiaque répondu à 19 %, appeler le 911 répondu à 67 % et évaluation de l'état de conscience répondu à 13 %. Puisqu'il est spécifié

dans la question que le patient simulé est en arrêt cardiorespiratoire, l'évaluation de l'état de conscience devient non pertinente. Par la suite, on peut constater une certaine incertitude en ce qui concerne la séquence de soins à effectuer lors de ce type de situation. Chez un adulte en arrêt cardiorespiratoire, il est recommandé d'effectuer l'appel à l'aide immédiatement, puisque la défibrillation est l'action prioritaire à privilégier pour la réanimation. Suite à l'appel aux services d'urgence, le massage cardiaque peut être débuté (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 2016). Donc, il est permis de constater que 19 % des étudiantes ont une incertitude quant à la séquence de réanimation cardiovasculaire chez un adulte, puisqu'elles désirent débiter le massage avant même d'effectuer l'appel aux services d'urgence. Finalement, puisque 13 % des répondantes jugeaient pertinent d'évaluer l'état de conscience chez le patient simulé, malgré la mention que le patient est en arrêt cardiorespiratoire, il serait important de réviser avec les étudiantes la séquence de soins lors d'un tel événement.

Question 3 : Scénario 4

La question 3 du scénario du choc hypovolémique expose les interventions possibles lors de la présence d'un saignement actif chez un patient porteur d'une stomie (Tableau 14). Puisque la situation se déroule dans un contexte de soins à domicile, l'appel au 911 est l'intervention ciblée et elle a été obtenue à 71 %. Les autres interventions ne sont pas mauvaises en soi, mais elles ne sont pas la priorité d'action dans le cadre de ce scénario. Dans ce contexte, le patient doit se rendre rapidement en milieu hospitalier pour assurer sa sécurité, puisque les interventions possibles pour une infirmière en contexte de

soins à domicile sont limitées. Ainsi, encore une fois, le débriefing peut apporter une occasion de discuter clairement des interventions infirmières qui doivent être mises de l'avant afin de répondre aux besoins du patient.

Question 3 : Scénario 5

La question 3 du scénario de l'urgence suicidaire (Tableau 15) expose l'intervention obtenue chez les participantes dans un contexte d'urgence suicidaire en soins à domicile. Toutes les participantes (100 %) ont inscrit en premier lieu, l'appel au service d'urgence. Cette intervention était prioritaire, puisque le patient évoquait des idées suicidaires représentant un risque urgent. Il était tout à fait convenable d'appeler les services d'urgence afin d'assurer la sécurité du patient dans le contexte de soins à domicile. Il est tout de même rassurant de constater que les étudiantes connaissent leur limite d'intervention dans la pratique à domicile et savent à qui se référer au besoin.

Question 3 : Scénario 6

Pour le scénario de l'intoxication accidentelle avec de la médication, la troisième question est « Quels diagnostics infirmiers peuvent expliquer la condition clinique du client? ». Il s'agit d'un patient ayant eu une gastroentérite durant 48 heures et ayant eu une nouvelle médication pour stabiliser sa pression artérielle. De plus, lors du questionnement relatif à l'hydratation, le constat d'une hydratation insuffisante suite à la perte de liquide engendrée par la gastroentérite était de mise. Les diagnostics infirmiers

attendus dans cette situation sont la présence d'une gastroentérite depuis 48 heures (93 %), l'hydratation insuffisante (89 %) et la nouvelle médication prescrite (83 %). Ces proportions indiquent que les étudiantes étaient attentives au scénario et qu'elles ont su constater les éléments qui pouvaient nuire à la condition du patient au cours de cette situation clinique.

Présentation de la question 4 (scénario 1 à 6)

La question 4 est : « Suite à votre observation du scénario, faites ressortir en ordre d'importance (du plus important au moins important) 3 points qui doivent être abordés lors du débriefing en raison d'erreurs techniques, de jugement ou de maladresse dans la procédure d'exécution ». Cette question est posée à la fin de l'activité de simulation et elle évalue la capacité de réflexion et d'analyse réflexive des étudiantes qui sont en lien direct avec le jugement clinique. De plus, afin d'améliorer le suivi de la discussion pour cette question, le tableau 29 fait ressortir le taux de participation des répondantes pour chacun des scénarios. La moyenne du taux de participation à cette question est de 96 % pour une première réponse, de 77 % pour une deuxième réponse et de 48 % pour une troisième réponse.

Tableau 29

Fréquence et proportion relatives au taux de participation des répondantes pour la question 4 des scénarios 1 à 6

Scénario	Fréquence 1^{ère} Réponse	Fréquence 2^e Réponse	Fréquence 3^e Réponse
Brûlure (1)	46 (96 %)	39 (81 %)	33 (69 %)
Choc anaphylactique (2)	47 (98 %)	40 (83 %)	26 (54 %)
Choc cardiogénique (3)	47 (98 %)	38 (79 %)	21 (43 %)
Choc hypovolémique (4)	45 (94 %)	40 (83 %)	24 (50 %)
Urgence suicidaire (5)	43 (90 %)	26 (54 %)	13 (27 %)
Intoxication accidentelle (6)	47 (98 %)	38 (79 %)	20 (41 %)
Moyenne générale	46 (96 %)	37 (77 %)	23 (48 %)

Le tableau 29 présente une synthèse concernant le taux de participation présenté dans les tableaux 17 à 22 qui compilent les résultats obtenus pour la quatrième question de tous les scénarios. Comme le tableau l'indique, une moyenne de 96 % des répondantes a inscrit une réponse. Par contre, il faut aussi souligner le fait qu'il y a une diminution du taux de participation des étudiantes pour ce qui est de faire ressortir des éléments à améliorer suite à leur observation de la situation clinique. En consultant la base de données, il est possible de constater que ce sont majoritairement les mêmes répondantes qui ne font pas l'effort d'inscrire les trois réponses demandées au départ. Ce constat amène la chercheuse à se questionner sur la raison pouvant expliquer ce fait. Est-ce par manque d'intérêt ou bien parce qu'il est difficile pour elles de porter une réflexion critique sur ce que le leader n'a pas fait adéquatement ? Est-ce que le fait que l'activité ne soit pas notée a engendré une diminution de la participation des répondantes ? L'apprentissage vicariant

expliqué par Bandura (1980) est un concept qui est utilisé dans le cadre de cette recherche. Il s'agit d'essayer que l'observation du leader de la SCHF puisse permettre aux observateurs de tirer profit de l'intervention menée par une autre personne, et ce, même si l'implication de l'observateur est plus passive. Il faut donc se demander si l'intensité de réflexion est trop grande ou si la capacité de retour sur les actions est un aspect à travailler auprès des étudiantes. Il faut réfléchir sur une stratégie à mettre en place afin que les étudiantes comprennent qu'il est essentiel de porter un regard critique sur les scénarios qui se déroulent sous leurs yeux puisque faire une analyse réflexive permet d'offrir des soins de qualité à la clientèle (Phaneuf, 2008; Tanner, 2006). Cette prise de conscience et la capacité de répondre à la question ont pour but de favoriser l'amélioration du jugement clinique chez les étudiantes.

Présentation de la question 5 (scénario 1 à 6)

La question 5 demande aux étudiantes de « faire ressortir 1 point positif qui mérite d'être souligné lors du débriefing en lien avec la performance de votre collègue ». Cette question évalue également la capacité de réflexion des observatrices découlant du jugement clinique. La moyenne du taux de participation à cette question est de 98 % pour une première réponse, ce qui est excellent. Malgré le fait qu'un seul élément était demandé, une moyenne de 19 % des étudiantes a indiqué un deuxième élément positif et une étudiante en a inscrit un troisième. Le tableau 30 présente la synthèse des tableaux 23 à 28 concernant les taux de participation des répondantes lors de la complétion de la question 5.

Tableau 30

Fréquence et proportion relatives au taux de participation des répondantes pour la question 5 des scénarios 1 à 6

Scénario	Fréquence 1^{re} Réponse	Fréquence 2^e Réponse	Fréquence 3^e Réponse
Brûlure (1)	47 (98 %)	6 (12 %)	2 (4 %)
Choc anaphylactique (2)	48 (100 %)	12 (25 %)	1 (2 %)
Choc cardiogénique (3)	48 (100 %)	7 (14 %)	1 (2 %)
Choc hypovolémique (4)	48 (100 %)	7 (14 %)	1 (2 %)
Urgence suicidaire (5)	48 (100 %)	16 (33 %)	1 (2 %)
Intoxication accidentelle (6)	48 (100 %)	6 (12 %)	-
Moyenne générale	47 (98%)	9 (19 %)	1 (2 %)

Il est possible de se questionner sur les raisons qui ont fait en sorte que certaines étudiantes donnent plus qu'une réponse. Cela s'explique peut-être par le fait que les étudiantes trouvent plus facile de faire sortir des points positifs comparativement à des points négatifs. Dans un projet futur, il faudrait penser à permettre d'inscrire plus qu'un élément positif. Au même titre qu'à la question précédente, les étudiantes devaient utiliser leur jugement clinique afin d'inscrire une réponse. Par contre, les éléments étant le plus ressortis lors de cette question sont des éléments d'ordre plus général, tel que le professionnalisme de la leader. Pour la poursuite de la recherche, il serait important de pouvoir comparer la performance du leader, aux commentaires émis par les observatrices afin de pouvoir constater la pertinence de l'élément inscrit par celles-ci. Par exemple, une observatrice aurait pu inscrire que la leader était très professionnelle, malgré le fait que celle-ci n'a pas été capable de répondre aux objectifs de la situation clinique. Le constat

de la même limite qu'à la question 4 est présent, soit qu'il y a une grande disparité dans les réponses obtenues et que la cotation des réponses ne permet pas de mettre en lien la performance des différents leaders et les réponses données par les observatrices.

Limites du projet de recherche

N'ayant pas noté la performance du leader en lien avec l'équipe d'observatrices, il devient impossible de faire l'analyse fine des réponses des observatrices étant illustrées dans les tableaux 17 à 28 dans la section des résultats. Par exemple, si le leader n'est pas bien intervenu lors de la SCHF, les observatrices ont tout à fait raison d'indiquer une réponse qui pourrait sembler incorrecte selon le déroulement optimal du scénario. À cela s'ajoute le fait qu'il y a une grande disparité quant à la performance des leaders, ce qui engendre une grande variabilité des réponses compilées. Cette disparité rend difficile, voire impossible, de comprendre ou bien de juger si les réponses inscrites par les répondantes sont adéquates ou non. En effet, afin de procéder à l'analyse des réponses de ces questions, il faut comprendre que les réponses compilées des observatrices sont directement en lien avec la performance du leader qu'elles ont observée, d'où l'importance de prévoir une cotation différente pour un futur projet de recherche.

La chercheuse du présent projet de recherche était aussi assistante dans le cadre du projet de recherche plus global mené auprès des étudiantes qui répondaient aux questionnaires. Ainsi, lors du débriefing, la chercheuse devait s'assurer de préparer le scénario suivant, ce qui ne lui permettait pas d'assister à la séance. Lors d'un projet futur,

il est essentiel que la chercheure participe également au débriefing afin de pouvoir collecter tous les éléments nécessaires qui permettront de faire la comparaison entre la performance du leader et les remarques des observatrices, ce qui pourra certainement assurer une analyse plus spécifique des données.

Conclusion

Ce projet de recherche a permis de constater qu'il est possible de retirer de nombreux avantages lors de la SCHF pour les étudiantes ayant un rôle d'observatrice active. En effet, l'élaboration de questionnaires visant à optimiser le rôle d'observatrice et la passation de ces questionnaires a permis de mesurer l'effet de l'utilisation de cet outil sur l'amélioration des réflexions obtenues par les observatrices. La compilation de données fait ressortir une progression positive quant aux réponses émises par les observatrices dans le premier scénario présenté comparativement au dernier scénario. Les avantages découlant de ce constat sont, entre autres, le fait d'améliorer les connaissances des étudiantes, d'aider l'assimilation des connaissances théoriques en les appliquant concrètement au contexte pratique grâce à la SCHF ainsi que la possibilité de poser des questions sur la matière incomprise en pouvant s'appuyer sur des exemples concrets en période de débriefing. Également, grâce à ce projet, la chercheure a pu constater que les étudiantes observatrices pouvaient devenir actives au cours de la SCHF, puisque les questionnaires les incitent à se poser des questions en temps réel. Par contre, la poursuite de la recherche sur ce sujet est nécessaire afin de potentialiser davantage le rôle de l'observatrice lors de la SCHF.

En guise de recommandation pour la recherche, il pourrait être intéressant d'informatiser les questionnaires afin d'éviter les réponses multiples lorsque la question en nécessite qu'une seule. De plus, l'informatisation des questionnaires pourrait faire en sorte que les questions soient exactement dirigées au moment opportun dans le cadre du contexte clinique simulé et pourrait aussi contrôler l'accès aux questions une fois celles-

ci complétées. À cela s'ajoute le fait que la compilation des données serait grandement facilitée et rendrait la perte d'information quasi inexistante. De plus, l'outil (questionnaire) avait été préalablement testé, mais sans prendre en considération les réponses des questions quatre et cinq. Une amélioration de la traçabilité des résultats performance du leader/observatrices doit être prévue pour les prochaines recherches.

Concernant les recommandations pour la pratique, il est primordial de favoriser l'engagement des étudiantes observatrices envers la situation afin de potentialiser une meilleure intégration du contexte théorique au contexte pratique. Les questionnaires doivent aussi être adaptés à chaque situation clinique afin d'optimiser l'apprentissage des observatrices. Ceci étant dit, il pourrait être pratique de tester les questionnaires avec des groupes témoins afin de permettre le développement d'un outil encore plus précis et ciblé.

Enfin, dans les recommandations pour l'enseignement, il serait intéressant de sensibiliser les enseignantes sur les avantages de l'utilisation d'un questionnaire auprès des étudiantes observatrices de la SCHF. Cette utilisation pourrait permettre aux enseignantes de connaître les éléments moins bien maîtrisés par les étudiantes et adapter ainsi les concepts à privilégier lors de la période de débriefing. De plus, le questionnaire permet aux étudiantes de connaître les éléments jugés prioritaires pour la situation en les guidant grâce aux différentes questions posées ce qui peut favoriser la réflexion ayant pour but de susciter l'analyse critique et ainsi le développement du jugement clinique. Finalement, l'enseignante doit porter une attention particulière à l'implication des

étudiantes tout au long du scénario afin de garder la participation active de celles-ci. Le projet a toutefois permis de faire ressortir que les étudiantes se sont engagées dans la démarche d'apprentissage ce qui est encourageant. Seulement une très faible minorité (2 à 6 %) a démontré un désintéressement quant à l'utilisation de la stratégie. Ainsi, d'autres recherches doivent être effectuées sur la participation et l'implication des observatrices de la SCHF afin de mesurer de façon plus détaillée l'effet de cette participation sur le développement du jugement clinique, sur l'analyse critique et sur la pensée réflexive des étudiantes en sciences infirmières.

Références

- Bandura, A. (1980). Les déterminants antécédents. Dans A. Bandura (Éd.), *L'apprentissage social* (pp.59-90). Bruxelles, BE : Pierre Mardaga.
- Bell, S. K., Pascucci, R., Fancy, K., Coleman, K., Zurakowski, D., & Meyer, E. C. (2014). The educational value of improvisational actors to teach communication and relational skills: perspectives of interprofessional learners, faculty, and actors. *Patient Education and Counseling*, 96(3), 381-388. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.07.001>
- Benner, P. (1995). *De novice à expert : Excellence en soins infirmiers*. Paris : Masson.
- Berragan, L. (2011). Simulation: an effective pedagogical approach for nursing? *Nurse Education Today*, 31(7), 660-663. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2011.01.019>
- Bethards, M. L. (2014). Applying social learning theory to the observer role in simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 10(2), 65-69. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2013.08.002>
- Bong, C. L., Lee, S., Ng, A. S. B., Allen, J. C., Lim, E. H. L., & Vidyarthi, A. (2017). The effects of active (hot-seat) versus observer roles during simulation-based training on stress levels and non-technical performance: a randomized trial. *Advances in Simulation*, 2(1), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1186/s41077-017-0040-7>
- Brannan, J. D., White, A., & Bezanson, J. L. (2008). Simulator effects on cognitive skills and confidence levels. *The Journal of Nursing Education*, 47(11), 495-500.
- Centre innovation en formation infirmière. (2013). Les stages en sciences infirmières au 21^e siècle. Repéré à http://www.cifi.umontreal.ca/documents/Publications/CIFI__2013__-_Les_stages_au_21e_siecle.pdf
- Curl, E. D., Smith, S., Chisholm, A., L., McGee, L. A., & Das, K. (2016). Effectiveness of integrated simulation and clinical experiences compared to traditional clinical experiences for nursing students. *Nursing Education Perspectives*, 37(2), 72-77.
- Dallaire, C. (2019). *Le savoir infirmier. Au coeur de la discipline et de la profession* (2^e éd.). Montréal : Gaétan Morin Éditeur.
- Delmas, P., & St-Pierre, L. (2012). La simulation, plus qu'un outil didactique, une approche pédagogique. *Soins cadres*, 80, 11-15.

- Dilley, S. J., Weiland, T. J., O'Brien, R., Cunningham, N. J., Van Dijk, J. E., Mahoney, R. M., & Williams, M. J. (2015). Use of a checklist during observation of a simulated cardiac arrest scenario does not improve time to CPR and defibrillation over observation alone for subsequent scenarios. *Teaching & Learning in Medicine*, 27(1), 71-79. <http://dx.doi.org/10.1080/10401334.2014.979182>
- Ertmer, P. A., Strobel, J., Cheng, X., Chen, X., Kim, H., & Olesova, L. (2010). Expressions of critical thinking in role-playing simulations: comparisons across roles. *Journal of Computing in Higher Education*, 22(2), 73-94. <http://dx.doi.org/10.1007/s12528-010-9030-7>
- Foisy-Doll, C., & Leighton, K. (2018). *Simulation Champions: Fostering courage, caring, and connection*. Philadelphie, PA: Wolters Kluwer.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (2016), réanimation. Repéré à https://resuscitation.heartandstroke.ca/fr/lignes_directrices_énoncés_de_position/lignes_directrices/la_chaine_de_survie
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Montréal, QC: Chenelière éducation.
- Harder, N., Ross, C. J. M., & Paul, P. (2013). Student perspective of role assignment in high-fidelity simulation: an ethnographic study. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(9), 329-334. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2012.09.003>
- Hayden, J. K., Smiley, R. A., Alexander, M., Kardong-Edgren, S., & Jeffries, P. R. (2014). The NCSBN National Simulation Study: a longitudinal, randomized, controlled study replacing clinical hours with simulation in prelicensure nursing education. *Journal in Nursing Regulation*, 5(2), 1-64.
- Hober, C., & Bonnel, W. (2014). Student perceptions of the observer role in high-fidelity simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 10(10), 507-514. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2014.07.008>
- INACSL Standards Committee. (2016a). INACSL standards of best practice: simulationSM debriefing. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(S), 21-25.
- INACSL Standards Committee. (2016b). INACSL Standards of best practice: SimulationSM facilitation. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(S), 16-20.

- INACSL Standards Committee. (2016c). INACSL Standards of best practice: SimulationSM outcomes and objectives. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(S), 13-15.
- INACSL Standards Committee. (2016d). INACSL Standards of best practice: SimulationSM participant evaluation. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(S), 26-29.
- INACSL Standards Committee. (2016e). INACSL Standards of best practice: SimulationSM professional integrity. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(S), 30-33.
- INACSL Standards Committee. (2016f). INACSL standards of best practice: simulationSM simulation design. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(S), 5-12.
- INACSL Standards Committee. (2016g). INACSL standards of best practice: simulationSM simulation-enhanced interprofessional education (Sim-IPE). *Clinical Simulation in Nursing*, 12(S), 34-38.
- INACSL Standards Committee. (2016h). INACSL standards of best practice: SimulationSM Simulation glossary. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(S), 39-47.
- Jeffries, P. (2016). *The NLN Jeffries simulation theory*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Jeffries, P., & Rizzola, M. A. (2006). Designing and implementing models for the innovative use of simulation to teach nursing care of ill adults and children: A national, multi-Site, multi-method study [summary report].
- Kaplan, B. G., Abraham, C., & Gary, R. (2012). Effects of participation vs. observation of a simulation experience on testing outcomes: Implications for logistical planning for a school of nursing. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 9(1), 1-14. <http://dx.doi.org/10.1515/1548-923X.2398>
- Krogh, C. L., Ringsted, C., Kromann, C. B., Rasmussen, M. B., Todsén, T., Jørgensen, R. L., Konge, L. (2014). Effect of engaging trainees by assessing peer performance: A randomised controlled trial using simulated patient scenarios. *BioMed Research International*, 2014, 1-7. <http://dx.doi.org/2014/610591>
- Lai, A., Haligua, A., Dylan Bould, M., Everett, T., Gale, M., Pigford, A.-A., & Boet, S. (2016). Learning crisis resource management: Practicing versus an observational role in simulation training - a randomized controlled trial. *Anaesthesia, Critical Care & Pain Medicine*, 35(4), 275-281. <http://dx.doi.org/10.1016/j.accpm.2015.10.010>

- Lasater, K. (2007). Clinical judgment development: Using simulation to create a rubric. *Journal of Nursing Education*, 46(11), 496-503.
- Lau, K. C., Stewart, S. M., & Fielding, R. (2001). Preliminary evaluation of "interpreter" role plays in teaching communication skills to medical undergraduates. *Medical Education*, 35(3), 217-221. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2923.2001.00731.x>
- Lavoie, P., Cossette, S., & Pepin, J. (2016). Testing nursing students' clinical judgment in a patient deterioration simulation scenario: Development of a situation awareness instrument. *Nurse Education Today*, 38, 61-67. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.12.015>
- Lavoie, P., Pepin, J., & Boyer, L. (2013). Reflective debriefing to promote novice nurses' clinical judgment after high-fidelity clinical simulation: A pilot test. *Dynamics*, 24(4), 36-41.
- Levett-Jones, T., Andersen, P., Reid-Searl, K., Guinea, S., McAllister, M., Lapkin, S., Palmer, L., & Niddrie, M. (2015). Tag team simulation: An innovative approach for promoting active engagement of participants and observers during group simulations. *Nurse Education In Practice*, 15(5), 345-352. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2015.03.014>
- Lopreiato, J. O. (Ed.), Downing, D., Gammon, W., Lioce, L., Sittner, B., Slot, V., & Spain, A. (Associate Eds.). (2016). *Healthcare Simulation Dictionary*. Repéré à <http://www.ssih.org/dictionary>
- Nestel, D., & Bearman, M. (2015). Theory and simulation-based education: Definitions, worldviews and applications. *Clinical Simulation in Nursing*, 11(8), 349-354. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2015.05.013>
- Newberry, B. M. (2014). *Satisfaction and self-confidence differences between undergraduate nursing students participating in and observing simulation training*. (Ph.D.). Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses Full Text. (3665800).
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2017). Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2016-2017. Québec : Bibliothèque et Archives nationales.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009a). Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmières : Compétences initiales (2^e éd.). Québec : Bibliothèque et Archives nationales.

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009b). Recommandations sur les stages cliniques dans la formation infirmière intégrée. Rapport du comité d'experts sur les stages cliniques. 53p.
- O'Regan, S., Molloy, E., Watterson, L., & Nestel, D. (2016). Observer roles that optimise learning in healthcare simulation education: A systematic review. *Advances in Simulation*, 1(1), 1-10. <http://dx.doi.org/10.1186/s41077-015-0004-8>
- Palaganas, J. C., Maxworthy, J. C., Epps, C. A., & Mancini, M. E. (2015). *Defining excellence in simulation programs*. Philadelphie, PA: Wolters Kluwer.
- Phaneuf, M. (2008). *Le jugement clinique, cet outil professionnel d'importance*. <https://natyinfirmiere.files.wordpress.com/2010/10/le-jugement-clinique.pdf>.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A. & Hall, A. (2016). *Soins infirmiers : fondements généraux* (4^e éd.). Montréal, QC: Chenelière éducation.
- Reime, M. H., Johnsgaard, T., Kvam, F. I., Aarflot, M., Engeberg, J. M., Breivik, M., & Brattebo, G. (2017). Learning by viewing versus learning by doing: A comparative study of observer and participant experiences during an interprofessional simulation training. *Journal of Interprofessional Care*, 31(1), 51-58. <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2016.1233390>
- Scherer, Y. K., Foltz-Ramos, K., Fabry, D., & Ying-Yu, C. (2016). Evaluating simulation methodologies to determine best strategies to maximize student learning. *Journal of Professional Nursing*, 32(5), 349-357. <http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2016.01.003>
- Simmons, B. (2010). Clinical reasoning: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1151-1158. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05262.x>
- Smith, K. V., Klaassen, J., Zimmerman, C., & Cheng, A. L. (2013). The evolution of a high-fidelity patient simulation learning experience to teach legal and ethical issues. *Journal of Professional Nursing*, 29(3), 168-173. <http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2012.04.020>
- Stegmann, K., Pilz, F., Siebeck, M., & Fischer, F. (2012). Vicarious learning during simulations: Is it more effective than hands-on training? *Medical Education*, 46(10), 1001-1008. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.2012.04344.x>
- Stiefel, F., Bourquin, C., Layat, C., Vadot, S., Bonvin, R., & Berney, A. (2013). Medical students' skills and needs for training in breaking bad news. *Journal of Cancer Education*, 28(1), 187-191. <http://dx.doi.org/10.1007/s13187-012-0420-6>

- St-Pierre, L., & Leblanc, M. (2017). Étude sur l'efficacité du modèle ESPA comme milieu de stage pour les étudiantes en soins infirmiers de la région de Montréal. Rapport de recherche (inédit). 87p.
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *The Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211.
- Thidemann, I. J., & Söderhamn, O. (2013). High-fidelity simulation among bachelor students in simulation groups and use of different roles. *Nurse Education Today*, 33(12), 1599-1604. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2012.12.004>
- Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2019). *Hamric and Hanson's Advanced Practice Nursing* (6^e éd.). Missouri: Elsevier.

Appendice A

Instrument de mesure (questionnaires)

Question #1 (scénario 1 à 6)

✓ Quelle est la priorité d'action dans cette situation clinique suite à la consultation du dossier?

- ☐ Évaluation signes vitaux
- ☐ Soins de plaies
- ☐ Suivi de diabète
- ☐ Suivi post-chirurgie
- ☐ Suivi stomothérapie
- ☐ Suivi sonde à demeure
- ☐ Suivi postpartum
- ☐ Suivi pédiatrie (SIPPE)
- ☐ Suivi problème ponctuel (exemple grippe, gastro)
- ☐ Évaluation RSIPA
- ☐ Évaluation psychosociale
- ☐ Enseignement tout type
- ☐ Ponction veineuse
- ☐ Suivi quotidien
- ☐ Suivi hebdomadaire
- ☐ Suivi mensuel
- ☐ Administration médication à domicile
- ☐ Soins palliatifs

Scénario #1

- ✓ Donnez une raison pour laquelle il est pertinent d'administrer la médication avant d'effectuer le soin de plaies.

1) _____

Scénario #1

- ✓ Suite à l'histoire de brûlure au pied droit rapportée par la personne, quel constat faites-vous ?
- ☐ Manque de connaissances envers la maladie
- ☐ Risque de dégradation de la plaie
- ☐ Perte de sensibilité aux membres inférieurs

Scénario #2

- ✓ Suite à la réaction de la personne en lien avec l'administration de l'antibiotique intraveineux, il est tout à fait logique d'arrêter l'antibiotique. Que faites-vous par la suite ?

2) _____

Scénario #2

✓ Lors de la transmission d'information suite à la réaction allergique de la personne, quelles sont les données importantes à transmettre?

- ☐ TA initiale
- ☐ Respiration
- ☐ Saturation
- ☐ Pouls initial
- ☐ Température initiale
- ☐ Glycémie
- ☐ TA post réaction
- ☐ Respiration post réaction
- ☐ Saturation post réaction
- ☐ Pouls post réaction
- ☐ Température post réaction
- ☐ Glycémie
- ☐ Diaphorèse
- ☐ Dyspnée
- ☐ Étourdissements
- ☐ Tremblements
- ☐ Agitation
- ☐ Allergies connues
- ☐ Médication
- ☐ Raison du suivi infirmier

Scénario #3

✓ Dans le scénario observé quels sont les signes et symptômes qui indiquent que la condition de la personne est précaire ?

- ☐ TA
- ☐ Respiration
- ☐ Saturation
- ☐ Pouls
- ☐ Température
- ☐ Glycémie
- ☐ Diaphorèse
- ☐ Dyspnée
- ☐ Étourdissements
- ☐ Tremblements
- ☐ Agitation
- ☐ Verbalisation de la personne
- ☐ Douleur à l'effort
- ☐ Difficultés AVD/AVQ
- ☐ Nausées
- ☐ Douleur abdominale
- ☐ Céphalées
- ☐ Diplopie
- ☐ Engourdissements
- ☐ Douleur à la mâchoire

Scénario #3

✓ Suite à l'arrêt cardiorespiratoire de la personne quelle est l'action prioritaire à faire ?

- ☐ Commencer la respiration artificielle
- ☐ Commencer le massage cardiaque
- ☐ Défibriller le patient
- ☐ Appeler le 911
- ☐ Évaluer l'état de conscience du patient

Scénario #4

✓ Dans le scénario observé quels sont les signes et symptômes qui indiquent que la condition de la personne est précaire ?

- ☐ TA
- ☐ Respiration
- ☐ Saturation
- ☐ Pouls
- ☐ Température
- ☐ Glycémie
- ☐ Diaphorèse
- ☐ Dyspnée
- ☐ Étourdissements
- ☐ Tremblements
- ☐ Agitation
- ☐ Verbalisation de la personne
- ☐ Douleur à l'effort
- ☐ Difficultés AVD/AVQ
- ☐ Nausées
- ☐ Saignements actifs
- ☐ Douleur abdominale
- ☐ Céphalées
- ☐ Diplopie
- ☐ Engourdissements
- ☐ Douleur à la mâchoire

Scénario #4

- ✓ Quelle action prioritaire faites-vous suite à l'observation de la présence de sang dans le sac collecteur de l'iléostomie ?
- ☐ Tenter d'arrêter le saignement
- ☐ Appeler le 911
- ☐ Appeler la coordonnatrice du SAD
- ☐ Réévaluer les signes vitaux de la personne
- ☐ Changer le sac collecteur
- ☐ Appeler la clinique du Coumadin

Scénario #5

- ✓ Suite à la problématique rencontrée, dans la situation actuelle, quel diagnostic infirmier faites-vous ?
- ☐ Manque de connaissances envers la médication.
 - ☐ Risque suicidaire faible à moyen.
 - ☐ Risque suicidaire moyen à urgent.
 - ☐ Risque suicidaire urgent.
 - ☐ Manque de support dans le réseau de soutien.

Scénario #5

✓ Quelle action prioritaire faites-vous suite à l'observation des données suicidaires ?

☐ Appeler la coordonnatrice du SAD.

☐ Appeler le 911.

☐ Réévaluer les signes vitaux de la personne.

☐ Effectuer une référence en psychologie.

☐ Assurer un filet de sécurité avant de quitter le domicile.

Scénario #6

- ✓ Suite à la faiblesse de la personne qui l'amène à se laisser choir sur le sol lors de votre entrée à son domicile, quelle action prioritaire faites-vous ?

☐ Évaluer la personne avant de la mobiliser

☐ Appeler le 911

☐ Appeler la coordonnatrice du SAD

☐ Changer la sonde à demeure

Scénario #6

✓ Quels sont les éléments qui peuvent expliquer la condition de la personne?

☐ Hydratation insuffisance

☐ Insuffisance cardiaque

☐ Gastroentérite X 48 heures

☐ Nouvelle médication prescrite

☐ Sonde à demeure en place

☐ Perte de l'ouïe

Question #4 (scénario 1 à 6)

- ✓ Suite à votre observation du scénario, faites ressortir en ordre d'importance (du plus important au moins important) 3 points qui doivent être abordés lors du débriefing en raison d'erreurs techniques, de jugement ou de maladresses dans la procédure d'exécution.

1) _____

2) _____

3) _____

Question #5 (scénario 1 à 6)

- ✓ Suite à votre observation du scénario, faites ressortir 1 point positif qui mérite d'être souligné lors du débriefing en lien avec la performance de votre collègue.

1) _____

Appendice B

Consentements de non divulgation des participantes

LETTRE D'INFORMATION

Invitation à participer au projet de recherche

Évaluation de l'amélioration des compétences cliniques, de l'analyse réflexive et du sentiment d'efficacité professionnelle des étudiantes en sciences infirmières par l'utilisation de la simulation clinique haute-fidélité (SCHF) comme activité complémentaire aux stages

Chercheure principale : Émilie Gosselin inf., Ph.D. (c)
Direction de recherche : Liette St-Pierre, inf., Ph.D.
Chantal Baril, ing.
Assistante de recherche : Cathy Dupuis, inf, M. Sc. Inf (c)
Département : Sciences infirmières
Université du Québec à Trois-Rivières

Votre participation à la recherche, qui vise à utiliser la simulation d'immersion auprès des étudiantes en sciences infirmières afin d'évaluer si les compétences cliniques, l'analyse réflexive et le sentiment d'efficacité professionnelle sera amélioré, serait grandement appréciée.

Objectif

L'objectif principal de cette recherche est d'évaluer les effets de l'utilisation de la simulation d'immersion comme activité complémentaire au stage. Les compétences cliniques, l'analyse réflexive et le sentiment d'efficacité professionnelle sont les variables qui seront mesurées dans le cadre de ce projet de recherche.

Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Tâche

Si vous acceptez de participer à cette recherche, vous accepterez de participer à des simulations d'immersion portant sur des scénarios qui respectent les compétences cliniques attendues des infirmières selon notre Ordre professionnel (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, OIIQ). Chaque scénario est d'une durée d'environ 15 minutes, suivi d'une période de débriefing (rétroaction active) d'environ 30 minutes. Le temps prévu pour les scénarios est d'environ 3 h 30 par séances, et nous aimerions faire 2 séances, pour un total de sept heures. La chercheuse vous observera tout au long de votre passage dans l'activité de simulation et nous vous demandons de pouvoir filmer les scénarios ainsi que la période de débriefing qui suit chaque scénario. Il s'agit d'une observation des gestes que vous posez. Pour chaque observation, la chercheuse indiquera sur une grille pré-établie la tâche effectuée. Vous serez divisé en groupe de 4 à 5 participants. Chaque personne sera leader d'un scénario pendant que les autres seront observateurs. Le leader jouera le rôle de l'infirmière et aura à sa charge le patient pendant que les observateurs devront observer de façon active le scénario, en complétant un court formulaire permettant de poser un regard réflexif sur le scénario.

L'horaire des observations sera décidé en fonction de vos disponibilités. Une planification des rencontres sera effectuée et vous saurez, au moins une semaine à l'avance, la journée et l'heure exacte où vous participerez aux scénarios simulés et où l'observation aura lieu.

Tous vos commentaires et vos performances seront traités de manière anonyme et confidentielle.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque connu n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit la participation à la simulation et l'observation lors des sept heures de la simulation, demeurent les seuls inconvénients.

Les données qui seront recueillies grâce à votre participation permettront de poser un regard objectif sur les effets de la simulation comme activité complémentaire au stage.

Bénéfices

Les bénéfices prévus à votre participation sont une connaissance plus approfondie des effets de l'utilisation de la simulation pour le développement des compétences cliniques et l'amélioration du jugement clinique nécessaire pour la profession infirmière de même que l'amélioration du sentiment d'efficacité professionnelle et l'analyse réflexive. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par un code numérique (ex : infirmière 1, infirmière 2, etc.). Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'articles scientifiques, de mémoire de maîtrise, de thèse de doctorat ou de communication, ne permettront pas d'identifier les participants.

Vos données anonymisées seront utilisées pour de futures publications.

Les données recueillies seront conservées dans un classeur sous clé au local 2468a du pavillon Léon Provancher (local de la chaire IRISS) seulement les membres de l'équipe de recherche auront accès. Elles seront détruites un an après la fin du projet et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

La chercheuse se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec

Émilie Gosselin inf. Ph.D. (c)
 Département des sciences infirmières
 Université du Québec à Trois-Rivières
 3351, boul. des Forges
 Trois-Rivières (Québec)
 G9A 5H7
 Tél : 819.376.5011 (3473)
 Courriel : Emilie.Gosselin@uqtr.ca

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat a été émis le

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de la chercheure

Moi, Emilie Gosselin, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet Évaluation de l'amélioration des compétences cliniques, de l'analyse réflexive et du sentiment d'efficacité professionnelle des étudiantes en sciences infirmières par l'utilisation de la simulation clinique haute-fidélité (SCHF) comme activité complémentaire aux stages

J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant ou participant :	Chercheure :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom : Emilie Gosselin
Date :	Date



Engagement à la confidentialité

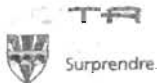
Moi, _____ m'engage à traiter dans la plus stricte confidentialité les données de recherche auxquelles j'aurai accès dans le cadre du projet «Évaluation de l'amélioration des compétences cliniques et du sentiment d'efficacité professionnelle des étudiantes en sciences infirmières par la simulation clinique haute-fidélité (SCHF) comme activité complémentaire aux stages» mené par Émilie Gosselin conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Membre de l'équipe de recherche
Date :

Chercheur
Date :

Appendice C

Certificat d'éthique de la recherche avec des êtres humains



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : Évaluation de l'amélioration des compétences cliniques, de l'analyse réflexive et du sentiment d'efficacité professionnelle des étudiantes en sciences infirmières par l'utilisation de la stimulation clinique haute fidélité (SCHF) comme activité complémentaire aux stages

Chercheur(s) : Émilie Gosselin
Département des sciences infirmières

Organisme(s) : RRISQ - UQTR

N° DU CERTIFICAT : CER-17-234-07.09

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 11 mai 2017 au 11 mai 2018

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.


Bruce Maxwell
Président du comité


Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 11 mai 2017

Appendice D

Demande de certification éthique

Demande de certification éthique – étudiant

Par Émilie Gosselin

Le 7 avril 2017

Courriel : Emilie.Gosselin@uqtr.ca

Fonction : Professeure

Secteur : Département des sciences infirmières

Identification

Le texte présenté doit être rédigé le plus clairement et le plus précisément possible. Il doit être écrit de façon à être bien compris par des personnes qui ne sont pas nécessairement familières avec le vocabulaire spécialisé propre à toutes les disciplines de recherche. Pour les rubriques spécifiant un nombre maximum de lignes, le texte excédentaire ne sera pas considéré.

- Avant de transmettre votre demande, il vous est possible de l'enregistrer en format pdf dans le menu imprimer et d'en conserver copie sous cette forme.
- Il est de la responsabilité du chercheur de conserver copie de tous les éléments concernant ses certificats éthiques et leurs suivis.

1. Identification

1.1 Identification du responsable du projet

Nom du responsable de la recherche :

Émilie Gosselin

Programme d'étude :

Doctorat continuum d'études en psychologie (profil recherche)

Courriel : Emilie.Gosselin@uqtr.ca Téléphone : 619 699-4891

Nom du directeur de recherche :

Liette St-Pierre

Département :

☒ Sciences infirmières

Courriel du directeur de recherche :

Liette.St-Pierre@uqtr.ca

1.2 Déclaration de conflit d'intérêt s'il y a lieu

Titre du projet :

Évaluation de l'amélioration des compétences cliniques, de l'analyse réflexive et du sentiment d'efficacité professionnelle des étudiantes en sciences infirmières par l'utilisation de la simulation clinique haute fidélité (SCHF) comme activité complémentaire aux stages; phase pré-expérimentale.

Le projet est-il financé ? ☒ Non

Si oui, par qui ?

Date prévue du début du recrutement :

2017-05-15

Date prévue de la fin de la recherche :

2018-04-30

1.4 Équipe de recherche

Identifiez chacune des personnes qui auront à intervenir lors de votre recherche en précisant le statut de chacune (étudiant, technicien, professionnel, chercheur) et le rôle qu'elle jouera (recrutement des participants, explication de la recherche, cueillette de données, etc.) :

Nom	Statut	Rôle	Formulaire signé*
Liette St-Pierre	Professeure	Directrice de recherche : analyse de données	Oui
Chantal Baril	Professeure	Directrice de recherche : analyse de données	Oui
Cathy Dupuis	Étudiante	Auxiliaire de recherche : aide à la création des scénarios, cueillette de données	Oui
Jean-Pierre Jolivet	Civil	Comédien patient-simulé	Oui
Nicole Fugère	Civil	Comédienne patiente-simulée	Oui

*Toute personne qui collabore à la recherche et qui, dans le cadre de cette collaboration, a accès aux données nominales doit, comme le chercheur principal, s'engager à respecter les règles éthiques en matière de confidentialité. Il est de la responsabilité du chercheur principal de faire signer les engagements à la confidentialité et de les conserver avec les formulaires de consentement.

Appendice E

Codification utilisée pour la question 4 et 5 de tous les scénarios

1. Adaptation au scénario
2. Administration de la médication
3. Appeler le médecin
4. Appeler 911
5. Appeler ASI
6. Appeler pharmacie
7. Auscultation
8. Bonne humeur
9. Communication avec le patient (vulgarise bien)
10. Contact avec le patient (savoir-être)
11. Débrouillardise
12. Enseignement au patient
13. Évaluation condition mentale
14. Évaluation de la condition physique générale
15. Évaluation des signes vitaux
16. Reprise des signes vitaux
17. Évaluation de la glycémie
18. Évaluation de la plaie
19. Évaluation de la stomie
20. Évaluation de la douleur
21. Évaluation des idées suicidaires
22. Évaluation condition neurovasculaire
23. Évaluation du site intraveineux
24. Évaluation de la condition respiratoire
25. Évaluation de la condition cardiaque
26. Évaluation de la fonction rénale
27. Évaluation post-chute
28. Évaluation PQRSTU
29. Évaluation des AVD/AVQ
30. Évaluation de l'état nutritionnel
31. Évaluation de l'environnement
32. Évaluation des connaissances du patient
33. Intervention pour le risque suicidaire présent
34. Installation confortable et sécuritaire du patient
35. Lavage des mains
36. Manque de connaissance du leader sur le soin à dispenser
37. Mauvaise évaluation de l'observation du leader au cours de la situation
38. Modification du plan de traitement
39. Préparation matérielle
40. Professionnalisme

- 41. Questionnaire sur le suivi de la médication (mx)
- 42. Respect de l'asepsie
- 43. Respect de la technique de soin
- 44. Respect du protocole
- 45. Respect du plan de traitement (TX)
- 46. Respect (attitude)
- 47. Réaction face aux complications
- 48. Recherche de solution
- 49. Relation d'aide (empathie)
- 50. Suivi avec autres professionnels
- 51. Soulagement de la douleur
- 52. Structure de l'évaluation
- 53. Trouver les données objectives au dossier
- 54. Vouvoiement